

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado

Proyecto de Normalización e Intervención en Red en Personas con un Trastorno Mental Grave

Alumno/a: Vanessa Marín Peinado
Director/a: Elena Fernández del Río

Zaragoza, junio de 2012

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto no hubiese tenido lugar sin la ayuda de muchas personas que me han apoyado durante su elaboración, por ello les quiero agradecer en este breve espacio todo aquello que me han aportado.

En primer lugar, agradecer a la directora de este trabajo, la Profesora Dra. Elena Fernández del Río su dedicación y entrega en la elaboración de este proyecto, y que de tanta ayuda me ha servido gracias a su confianza y cercanía.

También quiero agradecer este trabajo a todos los profesionales del Hospital de Día Psiquiátrico situado en el Hospital Clínico "Lozano Blesa", por tan grata acogida que tuve durante mis prácticas de intervención, y que tantas cosas me enseñaron. En especial quiero mostrar mi gratitud a la Trabajadora Social Dña. Carmen Blasco Viana por su apoyo no sólo a nivel académico sino personal, y en cuyo trabajo me he inspirado para la elaboración de este proyecto.

No debo olvidarme tampoco de los profesores que me han formado durante estos cuatro años de carrera, sin todos esos conocimientos ni las prácticas de intervención ni este proyecto hubiesen sido factibles.

Por último pero no por ello menos importantes, gracias a toda mi familia y amigos que me han apoyado en todo momento con su compañía, ánimo, comprensión y cariño, sin todo ello jamás lo hubiese conseguido.

INDICE

1. Introducción. Presentación General y Justificación del Trabajo.	9
2. Marco Teórico Conceptual.....	17
2.1. Delimitación diagnóstica del Trastorno Mental Grave.....	19
2.2. La esquizofrenia.....	22
2.3. El trastorno bipolar.....	26
2.4. Aspectos psicosociales del Trastorno Mental Grave y tipología de intervención.....	28
2.5. Importancia de la familia y su intervención.....	31
2.6. Papel del trabajador social.....	33
2.7. El Hospital de Día Psiquiátrico.....	35
3. Marco Legal.....	39
3.1. Legislación General.....	41
3.2. Legislación Autonómica.....	42
4. Delimitación Geográfica del Proyecto.....	45
5. Desarrollo del Programa de Intervención.....	51
5.1. Objetivos.....	53
5.2. Metodología.....	54
5.3. Población beneficiaria.....	55
5.4. Actividades y Tareas.....	55
5.4.1. Talleres de Psicoeducación.....	56
5.4.1.1. Taller: ¿Qué es la enfermedad?.....	56

5.4.1.2. Taller: El tratamiento farmacológico.....	58
5.4.1.3. Taller: Autocuidados.....	59
5.4.2. Taller: Pautas para mejorar la relación con el paciente.....	61
5.4.2.1. Taller: Controlar la sobreprotección.....	62
5.4.2.2. Taller: Evitar la estimulación excesiva.....	62
5.4.2.3. Taller Disminuir las expectativas.....	63
5.4.2.4. Taller: Evitar las críticas.....	64
5.4.3. Taller de bienestar del cuidador.....	66
5.4.3.1. Taller: Cuide su vida personal.....	66
5.4.3.2. Taller: La importancia del asociacionismo.....	66
5.4.4. Mesa redonda: familiares-pacientes.....	68
5.4.5. Entrevistas individualizadas a familiares.....	69
5.4.6. Reuniones del Equipo Multidisciplinar.....	71
5.5. Cronograma.....	72
5.6. Recursos, presupuesto y financiación.....	73
5.6.1. Recursos.....	73
5.6.1.1. Recursos materiales.....	73
5.6.1.2. Recursos humanos.....	74
5.6.1.3. Recursos económicos.....	75
5.6.2. Presupuesto.....	77
5.6.3. Financiación.....	79

5.7. Evaluación de los resultados.....	80
6. Conclusiones.....	85
7. Glosario.....	89
8. Bibliografía y Webgrafía.....	95
8.1. Bibliografía.....	97
8.2. Webgrafía.....	99

1.Introducción. Presentación General y Justificación del Trabajo

1. INTRODUCCIÓN. PRESENTACIÓN GENERAL Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

El proyecto que se va a presentar tiene su base en el Trastorno Mental Grave (TMG), concretamente en la intervención con las familias de las personas que padecen algunas de las enfermedades comprendidas en este término, como es el caso del trastorno bipolar y la esquizofrenia.

Estas dos enfermedades son crónicas y constituyen un deterioro progresivo en diferentes áreas de la persona que la padece, como pueden ser la laboral, la social o la familiar (Ortiz, Alonso y Ubis, 2010). Por ello, es importante una correcta intervención para que la evolución de la enfermedad sea lo más óptima posible, de manera que se consiga una buena adaptación por parte de la persona al proceso de su patología y evite la probabilidad de un ingreso hospitalario.

El tratamiento de los enfermos mentales crónicos ha evolucionado notablemente en las últimas décadas, en un principio se realizaba a través del internamiento de estas personas en hospitales psiquiátricos, que se caracterizaban por: ser grandes, alejados de la urbe, en los que la atención era de tipo asilar y custodial, mientras que la asistencia por parte de profesionales de la psiquiatría era insuficiente así como precaria. Además, existía una gran masificación que conllevaba falta de intimidad y despersonalización de los pacientes, es decir dejaban de ser personas para convertirse en números por los que eran reconocidos (Gisbert, 2003).

También la estancia en estos centros influía en la enfermedad del paciente, suponiendo una cronificación de la enfermedad así como un deterioro elevado y rápido de las personas que la padecían, siendo marginados y aislados del resto de la sociedad.

Todo ello se mantuvo hasta que se introdujo la reforma psiquiátrica que tuvo lugar en muchos países desarrollados durante las décadas de los 60 y 70, mientras que en España se introdujo con bastante retraso, en la década de los

80, coincidiendo con un contexto democrático instaurado en nuestro país hacía poco años y que todavía se estaba consolidando.

De esta reforma psiquiátrica se pueden extraer aspectos que han sido comunes en todos aquellos países en los que ha tenido lugar y que corresponden a los siguientes puntos (Gisbert, 2003):

- a) En primer lugar, la crítica a los hospitales psiquiátricos o manicomios, haciendo mayor hincapié en la importancia del valor terapéutico en personas con un trastorno mental grave, a través de dispositivos acordes a esta idea y desapareciendo estos establecimientos.
- b) Con ese primer aspecto definido, se procede a la desinstitucionalización de aquellas personas que padecen un trastorno mental grave, para optar por una reinserción social dentro de la comunidad, siendo la hospitalización el último recurso al que se debe acceder.
- c) Este nuevo modelo de atención en la comunidad a través de servicios que atiendan los problemas y necesidades de las personas con problemas psiquiátricos sin separarlos de su entorno social, explorando y teniendo en cuenta aquellos factores psicosociales que afectan a la enfermedad mental y la evolución de la misma en la persona que la padece.
- d) Para facilitar el proceso, se produce una repartición del territorio en diferentes zonas sanitarias, que permitirán una mejor organización y atención por parte de los dispositivos destinados a salud mental con carácter comunitario.
- e) Se realizará una atención integral y coordinada que comprenda servicios de prevención, atención y rehabilitación a nivel biológico-psicológico-social.

En España, estos aspectos de la reforma psiquiátrica, están recogidos dentro de un informe de la Comisión Ministerial del Ministerio de Sanidad y Consumo, que a su vez constan en la Ley General de Sanidad de 1986, concretamente en el artículo 20 de la misma que se comentará más adelante.

Al principio, la función del trabajador social era únicamente acreditar y perfeccionar la anamnesis de los pacientes psiquiátricos, paulatinamente sus funciones han ido aumentando y consolidándose, hasta hacer imprescindible su intervención (Becerra y Kennel, 2008), siempre dentro de un equipo multidisciplinar para una mayor coordinación a la hora de intervenir de forma individualizada con un paciente, que permita un mejor diagnóstico e intervención ante los problemas que se planteen.

La intervención social se inició en 1905 en diferentes clínicas de Norteamérica (Ibido ib), por tanto el sector sanitario concretamente los hospitales incluyen una dimensión innovadora incluyendo en sus bases la participación de las familias a nivel de prevención y de asistencia.

Por tanto, este proyecto se va a realizar de acuerdo a esta reforma psiquiátrica y a la legislación vigente relacionada con la salud mental, para consolidar lo que en ellas se establece y poder hacer mayor incidencia en la participación de la familia en el proceso médico de su pariente, ya que un trastorno mental grave no afecta únicamente a la persona que la padece sino también al entorno que le rodea (Becerra y Kennel, 2008).

En este sentido el papel de la familia es fundamental, ya que está demostrado que la participación de ésta en el proceso médico del paciente fomenta los aspectos positivos de éste y merma aquellos negativos propios de la enfermedad, aunque no lleguen a desaparecer (Ibido ib). Actualmente, este aspecto está más cubierto que en otros momentos de la historia pero sigue siendo un área bastante desprotegida y que necesita de apoyo para ser concretada y fortalecida.

Por tanto, se elabora este proyecto con el fin de fomentar la normalización del trastorno mental grave (concretamente del trastorno bipolar

y la esquizofrenia) en los propios pacientes y sus familiares, como comienzo hacia una quiebra de la estigmatización de este sector de la población y una ayuda hacia la mejora en la intervención de estas patologías.

La selección de este tema deriva de la experiencia que tuve realizando el “Practicum de Intervención” en la planta de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza, concretamente en el programa de Hospital de Día y la Unidad de Corta Estancia correspondientes al área sanitaria Zaragoza III (urbana y rural). En ambos dispositivos pude observar que la mayoría de los pacientes padecían de trastorno bipolar y esquizofrenia en todas sus variantes, entre otras enfermedades del espectro psicótico.

En todos los casos se debe hacer una mención destacable de la intervención que la trabajadora social realizaba con las familias a través de entrevistas semi-estructuradas realizadas una vez a la semana. En muchas de estas entrevistas, los familiares formulaban cuestiones para: conocer aspectos sobre la enfermedad, cómo actuar ante ciertos comportamientos del paciente entre otras que le debía aclarar la trabajadora social. Fue por esto, que detecté la necesidad de que hubiese no solo actividades destinadas a los pacientes sino también a las familias en torno a temas de psicoeducación, habilidades sociales y autonomía, además de las entrevistas individuales con cada una de ellas como se venían realizando hasta el momento.

De ésta forma se pretende conseguir una mayor información por parte de la familia y librar el estrés que puedan sentir ante estas situaciones, consiguiendo manejar mejor la patología de su familiar.

Todo ello se va a realizar en el área sanitaria Zaragoza III, ya que ha sido el foco en el que ha surgido el objeto de estudio, siendo receptible a una extensión de su aplicación hacia otras áreas sanitarias, si al evaluar el proyecto este ha tenido una buena acogida y los resultados han sido positivos.

En dicho proyecto puedo destacar tres fases concretas en su construcción. La primera de ellas sería la elaboración de un marco teórico, el cual comprendería el análisis de la realidad, el marco conceptual, marco legal

y la delimitación geográfica. La siguiente fase corresponde a la planificación o diseño del proyecto compuesta por los objetivos, la metodología a seguir, la delimitación de la población beneficiaria, las actividades/ tareas, financiación-recursos y el cronograma. Para finalizar se realizarán unas conclusiones extraídas del proyecto.

Para todo ello, se utilizan técnicas como son la observación directa, participante y la revisión bibliográfica, a partir de la cual se puede obtener la información necesaria para argumentar cada paso de este proyecto.

2. Marco

Teórico - Conceptual

2. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1. Delimitación diagnóstica del Trastorno Mental Grave

Históricamente, el término “enfermedad mental” se explicaba a partir de tres grandes teorías que son (Becerra y Kennel, 2008):

- a) Comprenderlo a través de un pensamiento mágico, esto es, creerla como resultado de posesión demoníaca. Según esto, el motivo de la enfermedad procedía de algo externo a la persona que la padecía.
- b) Como resultado de la alteración de factores de tipo físico-biológicos.
- c) Y de la idea que se produce por la interacción con otras personas ya sean pertenecientes a grupos de iguales, familiares o de la sociedad en general.

Al término de enfermedad mental se le añadió el adjetivo crónico, por lo que se ha utilizado durante mucho tiempo el concepto de enfermo mental crónico para nombrar a aquellas personas que padecían una enfermedad mental cuya duración persistía en el tiempo.

Desde la reforma psiquiátrica comentada en el apartado anterior, este término de cronicidad dio un giro en cuanto a su significado, adoptando nuevos aspectos para definir la enfermedad mental haciendo referencia a la calidad de vida del paciente, siendo posible a través de rehabilitación psicosocial dentro de un ambiente normalizado.

Según la definición de Blanco y Pastor (1997), que recogen Ortiz et al. (2010), crónico es *“aquella persona que sufre ciertos trastornos psiquiátricos graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de su vida diaria, y que además dificultan el desarrollo o mantenimiento de su autosuficiencia económica”* (p.4).

Por otro lado, según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) se consideran crónicas *"aquellas personas que padecen esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos afectivos mayores recurrentes, incapacidades de larga duración, necesidad de dependencia extrema, alta sensibilidad al estrés y dificultades para afrontar las demandas de la vida diaria"* (Ibido ib).

En la actualidad el concepto crónico en este ámbito sigue siendo un aspecto negativo y cargado de un gran estigma para el resto de la sociedad, por lo que desde hace poco tiempo se utiliza el término de Trastorno Mental Grave (TMG), que hace referencia a aquellas enfermedades mentales cuyo carácter es grave, duradero y que implica un cierto nivel de discapacidad y disfunción social que varía dependiendo de la enfermedad de la que se trate y de la persona que la padece, ya que una misma enfermedad no tiene las mismas consecuencias en diferentes personas (Ibido ib).

Pese al establecimiento del concepto de Trastorno Mental Grave (TMG), todavía no se han instaurado unos criterios sólidos e iguales para todos, que lo definan y se tomen como principios generales. Sin embargo, el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. (NIMH) estableció tres dimensiones bastante consensuadas en 1987, para su establecimiento:

- *"Diagnóstico: incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos), trastornos afectivos mayores recurrentes y trastornos de personalidad que cursan con síntomas psicóticos."* (Ortiz et al., 2010; p.5).
- Persistencia de la enfermedad y su tratamiento: se contabiliza los dos primeros años que el paciente lleve en tratamiento.
- Existencia de discapacidad: hace referencia a las deficiencias ya sean moderadas o severas en la persona que padece la enfermedad, en el ámbito social, laboral y/o familiar.

La estimación de la prevalencia e incidencia del Trastorno Mental Grave está sujeta a una gran inestabilidad, porque los estudios existentes presentan algunos problemas como son (Ortiz et al., 2010):

- La gran variedad de criterios para definir el concepto de Trastorno Mental Grave y por tanto hacer una apreciación de su tamaño.
- Dificultad para establecer una estimación cuantitativa de este colectivo a través de los métodos utilizados con este fin.

El término TMG abarca las siguientes enfermedades mentales: esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno de ideas delirantes persistentes, trastornos por ideas delirantes inducidas, trastorno esquizoafectivo, otros trastornos psicóticos no orgánicos, psicosis no orgánica sin especificar, trastorno del humor, trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos y trastorno depresivo recurrente (episodio actual grave con síntomas psicóticos). De todas ellas, como ya se ha comentado, el proyecto se centrará en aquellas personas que padezcan esquizofrenia y trastorno bipolar.

Pese a que tanto la esquizofrenia como el trastorno bipolar están recogidos dentro del término trastorno mental grave, hay que hacer una diferenciación imprescindible, y es que la esquizofrenia pertenece a los llamados trastornos psicóticos, mientras que el trastorno bipolar pertenece a los calificados como trastornos del ánimo. El trastorno psicótico corresponde a aquellas enfermedades que cursan tanto con alucinaciones e ideas delirantes, además de existir un abandono del contacto del paciente con la realidad, en cambio los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por la alteración excesiva de éste apreciándose tres posibles estados como son la manía, la depresión y el mixto.

2.2. La esquizofrenia

La esquizofrenia es definida por el DSM-IV-TR como la *"alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (p. ej. Dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos)"* (APA, 2000, p.334).

Para que una persona sea diagnosticada de esquizofrenia debe reunir una serie de criterios como son: padecer unos síntomas característicos, sufrir una disfunción tanto social como laboral, existencia de una duración en el tiempo, ha sido excluido de la pertenencia a un trastorno esquizoafectivo y trastorno del ánimo, que los síntomas no se deban a ciertas sustancias fisiológicas creadas por cualquier otra enfermedad y no tener relación con un trastorno producido durante el desarrollo.

En cuanto a los síntomas característicos de la esquizofrenia deben coincidir al menos dos de los siguientes durante un mes o menos si ha sido tratado de forma exitosa, que se pueden dividir en síntomas positivos y negativos. Los síntomas positivos no quiere decir que sean buenos para el paciente sino que reflejan una demasía o distensión de las funciones uniformes, a los cuales corresponden: las ideas delirantes, las alucinaciones, el lenguaje desorganizado y el comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Los síntomas negativos en cambio, reflejan una reducción o un detrimento de las funciones uniformes; dentro de estos síntomas se encuentran el aplanamiento afectivo, la abulia y la alogia (APA, 2000).

Las alucinaciones son muy variadas ya que pueden ser auditivas (las más usuales), visuales, olfativas, gustativas y/o táctiles. En las alucinaciones auditivas suelen escuchar voces que pueden conocer o no, y que las separan de lo que son sus propios pensamientos, en un contexto de claridad sensorial que se pueden dar mientras la persona se está durmiendo, denominadas hipnagógicas, o bien cuando la persona se despierta, conocidas como

hipnopómpicas. Las voces escuchadas no tienen por qué aparecer de forma aislada sino que el paciente puede escuchar dos o más voces que conversan entre ellas o que comentan los pensamientos y comportamientos de quien las padece. Solo con este tipo de alucinaciones sería suficiente para apoyar este criterio.

Otro síntoma característico de la esquizofrenia serían las ideas delirantes, definidas como afirmaciones que no son correctas y que normalmente implican una mala definición de lo que el paciente percibe o de las propias experiencias. El contenido puede incluir temas como pensar que se está siendo perseguido u observado. También suele existir una cierta suspicacia, es decir el paciente cree que las demás personas a través de sus gestos y/o comentarios se refieren a él, inclusive les sucede con elementos del entorno como pueden ser canciones, libros, periódicos entre otros. Esta suspicacia es definida con el término de ideas delirantes autorreferenciales.

El pensamiento desorganizado es otro síntoma a destacar a la hora de diagnosticar la esquizofrenia, el cual se va a basar en el lenguaje desorganizado debido a la dificultad de definirlo de forma objetiva, y se caracteriza por no centrarse en un tema concreto. El paciente mezcla sus pensamientos o salta de uno a otro, y ante preguntas responden sin coherencia a lo que se cuestiona. En pocas ocasiones el lenguaje puede ser incoherente e incomprensible.

Además del pensamiento desorganizado, también muestran un comportamiento desorganizado que se manifiesta de diversas formas como es el adoptar una actitud infantil, una agitación espontánea (ej., gritar o insultar sin motivo), inclusive actitudes que influyen en su vida diaria, ya que no mantienen hábitos higiénicos ni de alimentación adecuados. También suelen presentar un instinto sexual elevado.

Dentro de lo que es el comportamiento desorganizado, existen diferentes comportamientos motores catatónicos, caracterizados por una relevante desvalorización de la reactividad al entorno que en ocasiones puede

llegar a una gran falta de atención, con rigidez en la postura corporal, así como la tenacidad que muestran ante órdenes o a la posibilidad de ser movido (negativismo catatónico).

Todos estos síntomas desarrollados han sido los clasificados como positivos de la esquizofrenia. En cuanto a los síntomas negativos, destaca el aplanamiento afectivo, que se caracteriza por falta de movilidad y de respuesta en la expresión facial, disminución y empobrecimiento tanto del contacto visual, como del lenguaje corporal. Para que dicho aspecto sea significativo a la hora de identificarlo como síntoma de esquizofrenia, es preciso observar la relación de la persona con los demás, y cómo se desarrolla este aspecto (APA, 2000).

La alogia se puede relacionar con el pensamiento y lenguaje desorganizado, pero en este caso presenta una pobre forma de hablar en cuanto a las palabras utilizadas y la cantidad de éstas en cada frase, así como una disminución de los pensamientos que influye en la fluidez y productividad del lenguaje, durante un largo periodo de tiempo.

Por último, se habla de abulia ante la falta de iniciativa por parte del paciente para realizar una actividad y la poca constancia al realizarlas. Respecto a la frecuencia de presentación de los síntomas, el DSM-IV-TR (APA, 2000) indica que éstos deben estar presentes durante al menos un mes en el periodo de seis meses. No tienen por qué estar presentes síntomas positivos o negativos, sino que al principio de la enfermedad pueden darse únicamente éstos últimos. La duración de los síntomas también es un criterio para el diagnóstico de la enfermedad.

Además de la sintomatología, existen otros criterios claves a la hora de diagnosticar a una persona de esquizofrenia (APA, 2000). Destaca, en primer lugar, el aspecto socio-laboral, en el cual se produce una disminución en el nivel de rendimiento en el trabajo al inicio de la alteración, así como de las relaciones con los otros o en el autocuidado de la persona.

En el diagnóstico diferencial, es fundamental descartar el diagnóstico tanto de un trastorno esquizoafectivo como de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. Para ello se debe determinar que el paciente no haya tenido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto junto con la sintomatología de la fase activa. También se puede descartar porque los episodios de alteración anímica aparecen durante la sintomatología de la fase activa.

Además, se debe excluir que los síntomas hayan sido provocados por el consumo de sustancias tóxicas, como pueden ser ciertas drogas, o el abuso de algún medicamento, o que los síntomas se puedan deber a una enfermedad médica. Sí que debe relacionarse con algún otro trastorno generalizado que se haya podido dar durante su desarrollo, como puede ser el autismo, que se relacionará con esquizofrenia siempre que las ideas delirantes o las alucinaciones se mantengan por lo menos durante un mes o menos si ha sido tratado.

En cuanto al tratamiento consistirá en, *“un control médico periódico con un ajuste de las dosis de psicofármacos así como la inclusión en programas psicoterapéuticos específicos”* (Sala, 1996; p.84). Entre los tratamientos farmacológicos utilizados en esta enfermedad están: los neurolépticos, benzodiacepinas, antidepresivos y anticolinérgicos.

Los neurolépticos son la base del tratamiento de las personas que padecen esquizofrenia, tanto durante las crisis como cuando el paciente se encuentra estabilizado. Estas sustancias tienen varias funciones, en primer lugar una función antiprodutiva, es decir, va a controlar la generación de alucinaciones, delirios, así como la irritabilidad. Por otra parte son sedantes, actuando sobre el estrés, la ansiedad y agitación, ayudando a que disminuyan. Como consecuencia a estos aspectos, los neurolépticos también van a ayudar a mejorar tanto la orientación como el ensimismamiento de estos pacientes.

Por otro lado, las benzodiacepinas, se utilizan para controlar estados de ansiedad y para posible insomnio que pudiesen presentar. Los antidepresivos

por su parte, se van a utilizar para tratar la aparición de depresión que puede tener lugar durante el proceso de la esquizofrenia. Y por último los anticolinérgicos, que se suministran para anular los síntomas extrapiramidales que pueden aparecer durante la enfermedad (Sala, 1996).

2.3. El trastorno bipolar

El trastorno bipolar pertenece a la familia de los trastornos del estado de ánimo, y es definido como *“una enfermedad que afecta a los mecanismos que regulan los estados de ánimo. La persona que sufre un trastorno bipolar pierde el control sobre su estado de ánimo y este tiende a describir oscilaciones más o menos bruscas, que van desde la euforia patológica a la depresión, sin que estas estén en relación con el mundo exterior. El trastorno bipolar es una enfermedad episódica y recurrente, tratable con medicación”* (Vieta y Colom, 2003; p.9).

La sintomatología de las personas diagnosticadas de trastorno bipolar varía dependiendo en la fase de la enfermedad en la que se encuentre, si está en la fase maníaca o depresiva. Durante la fase maníaca, se produce un incremento excesivo del estado de ánimo de la persona, caracterizado por la disminución de horas de sueño (aspecto muy importante para que no se produzcan descompensaciones en la enfermedad), aumento del grado de actividad, mayor irritabilidad, se relacionan más con los otros, en algunas ocasiones realizan un gasto económico excesivo que les pueden ocasionar problemas financieros, alegría, entusiasmo, charlatanería, la velocidad del pensamiento es mayor, se ve incrementado el apetito sexual y el impulso del mismo, etc. A veces todo ello va acompañado de falta de autocuidados tanto en higiene como en la forma de vestir. En ocasiones, si la gravedad es mayor, esta fase va acompañada de síntomas psicóticos como son las ideas delirantes y/o las alucinaciones. En cambio, cuando se encuentra en la fase depresiva el paciente padece la siguiente sintomatología: agotamiento, duermen muchas más horas de lo habitual o bien se puede dar el caso de que sufran insomnio,

carecen de motivación para realizar actividades o por lo que les rodea, existen cuadros de ansiedad, inactividad, baja autoestima, visión pesimista de las cosas e ideación autolítica (pensamientos sobre el suicidio). Puede darse el caso de que los pacientes presenten fases mixtas, en las cuales se combinan síntomas de maníacos y depresivos (Vieta y Colom, 2003).

La base del tratamiento farmacológico del trastorno bipolar va a ser el litio, el cual va a tener sobre todo una función preventiva de episodios maníacos. Este fármaco es altamente tóxico, por lo que los pacientes tratados con él deberán realizarse analíticas regularmente para controlar los niveles de litio en sangre, que no deberán superar 1,5 mEq/l, ya que sino existirá riesgo de toxicidad (Colom y Vieta, 2007).

El litio va a tener las siguientes acciones:

- a) Sobre los ritmos circadianos, es decir aquellas funciones fisiológicas que tienen una pauta periódica como son el sueño, la temperatura corporal, entre otros.
- b) Sobre los neurotransmisores.
- c) Sobre el sistema endocrino, produciendo una disminución de testosterona en los hombres, los niveles de las hormonas tiroideas y aumenta los niveles de melatonina (haciéndoles sensibles a los rayos solares).
- d) Acción postsináptica.

También serán recetados antidepresivos para controlar fases depresivas, dentro de los cuales los más recomendados son los tricíclicos ya que van a ser los que actúen con mayor potencia, y van a producir una disminución en la recaptación de serotonina y adrenalina al mismo nivel.

2.4. Aspectos psicosociales del Trastorno Mental Grave y tipología de intervención

Las personas con TMG, en este caso que padecen esquizofrenia y trastorno bipolar, no solo presentan como se ha podido observar problemas a nivel de sintomatología de la enfermedad, sino que también conlleva una disfunción psicosocial y de integración dentro de la comunidad.

Por tanto, además del tratamiento psiquiátrico y farmacológico, también son importantes los programas de rehabilitación para intentar conseguir la mayor autonomía posible en el paciente, así como una integración social adecuada.

Además de las necesidades comunes, como mantener el autocuidado (higiene), realizar actividades básicas de la vida diaria (ABV), etc., estos pacientes presentan ciertas características y necesidades psicosociales propias de la enfermedad mental que han de ser tenidas en cuenta en la intervención. Según Ortiz et al. (2010), "las características comunes que definen a las personas con TMG de larga evolución son (p.8):

- a) Menor tolerancia al estrés: encontrarse ante dificultades a la hora de desenvolverse en su entorno puede causar una alteración de los síntomas propios del trastorno.
- b) Pérdida de habilidades y capacidades que influyen en su autonomía.
- c) Problemas para relacionarse socialmente, por lo que disminuyen sus redes sociales e incluso en ocasiones llegan a desaparecer, y se produce un aislamiento de la comunidad.
- d) Mayor dependencia de otras personas y de los servicios sanitarios y/o sociales, esto se debe a que tienen una percepción de sí mismos como personas vulnerables y desprotegidas que necesitan de protección.

- e) Existencia de impedimentos para el acceso y mantenimiento del empleo: su baja tolerancia al estrés dificulta su exposición a las exigencias en el trabajo así como a la hora de relacionarse en el mismo. Esto les separa del mercado laboral y por tanto de su integración en la sociedad" (p. 8).

Por otra parte, las necesidades que presentan las personas con un Trastorno Mental Grave según la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002) y Rodríguez (2003), tal y como recogen Ortiz et al. (2010; pp.8-9) son:

"Atención y tratamiento de la salud mental: necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico." (Ortiz et al., 2010; p.8).

1. Atención en crisis: para atender en aquellos momentos en los que la persona sufre una descompensación de su enfermedad, estabilizándola a nivel farmacológico y/o psicosocial.
2. Tratamiento terapéutico basado en la rehabilitación e integración social: a través de este tratamiento el paciente adquirirá habilidades (de carácter social, laboral, etc.), para fomentar y poner en práctica su autonomía.
3. Soporte económico: a través de prestaciones económicas de carácter contributivo o no, así como la ayuda administrada por la familia en cuanto a esta necesidad.
4. Promover la defensa de derechos y deberes: no debe ceñirse exclusivamente en el ámbito sanitario sino en todos los de su vida diaria.
5. *"Apoyo a las familias: implica proporcionar apoyo, información, educación y asesoramiento a las familias para dotarlas de estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia, para mejorar la calidad*

de vida de la propia familia y para ayudar activamente al proceso de rehabilitación de su familiar enfermo” (Ortiz et al., 2010; p.9).

Por todo ello, además del tratamiento farmacológico que reciben las personas que padecen esquizofrenia y trastorno bipolar, es igual de importante tanto el tratamiento psicoterapéutico como la rehabilitación psicosocial, para un tratamiento terapéutico integral. Un tratamiento integral del Trastorno Mental Grave va a permitir que se pueda alcanzar la mejoría clínica del paciente, así como su funcionamiento psicosocial e integración comunitaria, de forma normalizada.

El tratamiento farmacológico, es fundamental para conseguir una estabilización clínica del paciente reduciendo los síntomas tanto positivos como negativos propios de la enfermedad. Para que esto sea posible el/la psiquiatra deberá establecer el tratamiento adecuado y la dosis correcta del mismo, que se irán controlando mediante visitas rutinarias y evitar de esta forma descompensaciones y recaídas de la enfermedad.

Por otra parte, el tratamiento psicoterapéutico en el TMG va dirigido a paliar aquellos efectos de la enfermedad en el ejercicio de una vida normalizada por parte del paciente, para que la persona que padece la enfermedad goce de la mayor autonomía posible. La psicoterapia puede realizarse de manera individual o grupal (psicoeducativos, psicodinámicos, interpersonales y familiares).

Por último, la rehabilitación psicosocial se orienta a la mejora de la integración del paciente en la comunidad así como su desenvolvimiento en él (Ortiz et al., 2010). La rehabilitación debe hacer hincapié en aspectos personales y sociales del paciente, lo cual incluye: el rol que desempeña en su entorno, implicación de la familia y efectos de la enfermedad del paciente sobre ésta y el tener una vida lo más normalizada y autónoma por parte del paciente.

La finalidad de la rehabilitación social es fomentar la funcionalidad del paciente en su entorno, así como desenvolverla de forma autónoma. Para ello, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- a) *“Resocializar: dotar a la persona de experiencias significativas de reaprendizaje de habilidades que le permitan el desempeño del mayor número de roles sociales”* (Ortiz et al., 2010; p.12).
- b) Enseñar habilidades y capacidades sociales: basadas en las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, higiene...), así como relacionales (grupos de iguales, ámbito laboral), o en otros ámbitos importantes.
- c) Psicoeducación: educar sobre el estilo de vida adecuado para una buena evolución de la enfermedad.
- d) Capacitar de apoyos sociales y afectivos: esto se conseguirá mediante la formación de la familia sobre la enfermedad y el afrontamiento de la misma que permitirá una mejor convivencia con los pacientes.
- e) Informar sobre la existencia de diferentes servicios y prestaciones de las que pueden hacer uso, y facilitar la tramitación de los mismos.

2.5. Importancia de la familia y su intervención

Un aspecto importante para la rehabilitación social del paciente es la intervención con las familias, por lo que este proyecto se va a centrar en abordarlo a través de diferentes actividades y tareas que se comentarán más adelante.

Cuando se habla de familia, hace referencia a aquella de la que se procede desde la infancia o bien a la que se establece nueva mediante unión matrimonial etc. La familia a nivel global es el grupo de apoyo más importante

para una persona, en el caso de las personas con un trastorno mental grave esto se agudiza. El núcleo familiar no es algo aislado en el proceso del trastorno mental grave, ya que la dinámica existente en éste va a influir en la evolución de la enfermedad, sirviendo (o no) de apoyo terapéutico (Ortiz et al., 2010).

Existen unos aspectos del entorno familiar de una persona con trastorno mental grave a tener en cuenta, como es el grado de autonomía que le conceden a la persona enferma, la postura de los familiares ante la enfermedad, el rol que desempeña el paciente en su familia y por último, cómo afronta la familia la enfermedad del paciente ante el resto de la sociedad.

Cuando un paciente es diagnosticado de esquizofrenia, sus familiares suelen sentirse culpables de que haya sucedido y no saben cómo afrontar la enfermedad. Muchas veces, en un intento por ayudar y apoyar al paciente, las familias se involucran en exceso y muestran una sobreprotección hacia éste, lo cual supone ser negativo para ambos. En las familias la sobreprotección causa un elevado estrés, mientras que en las personas con un TMG repercute en un mayor número de recaídas y falta de autonomía (Ortiz et al., 2010). Por ello, se recomienda evitar dicha sobreprotección, y conseguir que tanto la familia como el paciente afronten la enfermedad de la mejor forma posible.

Está demostrado que la intervención familiar mediante la combinación de psicoeducación y habilidades para afrontar y resolver problemáticas sobre la enfermedad, resulta eficaz para una buena evolución del Trastorno Mental Grave. Además, este tipo de intervenciones reducen las recaídas y las hospitalizaciones del paciente, así como el estrés y la saturación de las familias (Ortiz et al., 2010). En estas intervenciones familiares el/la trabajador/a social tendrán un papel fundamental tanto en la teoría como en la práctica.

2.6. Papel del trabajador social

El trabajador social tiene un papel importante dentro del ámbito sanitario, siendo necesaria su intervención tanto con los pacientes que sufren un trastorno mental grave, como para sus familias. De esta forma, se conseguirá que los servicios sanitarios respondan a las diversas problemáticas que presente este sector de la población, fortaleciendo los servicios existentes y fomentando la creación de nuevos servicios (Gómez y Zapata, 2000).

Por ello, es imprescindible su presencia en el equipo multidisciplinar que interviene con este sector de la población y su entorno. El trabajador social va a ser un colaborador más en busca de unos objetivos comunes para el paciente, a través de intervenciones específicas y concretas consensuadas con el resto de profesionales del equipo.

Una de las funciones más importantes del trabajador social es la prevención, la cual tiene una triple vertiente: preventiva, de ayuda en el diagnóstico e intervención y la rehabilitación social (Gomez y Zapata; 2000).

En primer lugar, el papel preventivo o prevención primaria engloba intervenciones por parte del trabajador social a nivel comunitario antes de que se desarrolle un proceso de enfermedad mental, consiguiendo de esta forma una sensibilización y normalización de este tipo de patologías. Para el desarrollo de esta función debe realizar dos tareas importantes: un estudio de los diferentes factores existentes sobre el trastorno mental grave dentro de la comunidad y análisis de casos.

A través del análisis de las causas y perspectivas de la comunidad ante este tipo de enfermedades y de las personas que la padecen, el trabajador social puede llegar a los efectos que el entorno puede tener en el paciente. Por ello, es importante realizar medidas preventivas que aboguen por el conocimiento, sensibilización y normalización de la salud mental, mediante actividades de protección en colegios, institutos, ámbito laboral y familiar, es decir en la comunidad en general.

Algunas de las actividades de prevención primaria que competen al trabajador social, es la promoción de hábitos higiénicos, alimenticios, de sueño, entre otras muchas.

En cuanto a la prevención secundaria, la cual tiene lugar una vez el trastorno mental ya está presente en el paciente, va a consistir en la consecución de la disminución de los efectos de la enfermedad propiamente dicha. Por ello, la finalidad de este tipo de prevención va a ser el potenciar la posibilidad de realizar un diagnóstico precoz y posteriormente el inicio de un programa terapéutico que responda a las necesidades y problemáticas del paciente de acuerdo al diagnóstico que presente.

El trabajador social deberá informar y posibilitar todos los medios terapéuticos posibles tanto al paciente como a su familia, a través de una coordinación con diferentes instituciones y recursos, como se comentará más adelante.

Por último el tercer nivel de prevención (prevención terciaria) es el de la rehabilitación, que tiene como finalidad el disminuir tanto la frecuencia como los efectos que provoca la enfermedad, para que estos no intercedan o lo hagan en la menor medida en su reinserción social y laboral. Esta rehabilitación va dirigida al ámbito laboral, social y familiar, sin dependerse del contacto con su entorno y la comunidad, siendo esto el objeto de dicho proyecto.

En cuanto a la intervención del trabajador social, debe ceñirse a su campo de intervención respetando los del resto de profesionales que conforman el equipo multidisciplinar, pero esto no quita para que todos ellos estén informados de sus actuaciones en todo momento y tomen decisiones consensuadas, es decir, exista una coordinación interna que se explicará con mayor detenimiento más adelante. Tendrá que valorar y elegir aquellas actuaciones terapéuticas más adecuadas para mejorar la situación y readaptación del paciente y su entorno, por tanto la intervención social debe tener una función individualizadora en tanto a que la rehabilitación se centre en las problemáticas de la persona que padece el trastorno mental grave. (Gómez y Zapata, 2000).

Previamente a la elección de actuaciones terapéuticas, el trabajador social debe realizar una recogida de información de aquellos aspectos más relevantes para la intervención con el paciente como son los relacionados con los siguientes apartados: datos psicosociales observados, antecedentes, ámbito formativo-laboral, ámbito familiar, ámbito económico, déficits o carencias que presenta debido a la enfermedad, entre otros. Todos ellos serán recogidos mediante la realización de entrevistas tanto al paciente como a su familia, sobre todo la perspectiva de esta última es la que más interesa, y se plasmarán en la llamada historia social.

Una vez finalizado el programa, se deberá realizar un seguimiento del paciente y su familia, para conocer los progresos o regresiones existentes dentro de su entorno. El trabajador social, también deberá ayudarles a sobrellevar aquellos prejuicios que se pueden encontrar dentro de la sociedad, es decir la función de este profesional va a ser el prevenir aquellos aspectos negativos que puedan interceder en la reinserción social, además de prestar atención cuando el paciente sufra algún tipo de crisis (Gómez y Zapata, 2000).

2.7. El Hospital de Día Psiquiátrico

El presente proyecto va a complementar al Programa de Hospital de Día Psiquiátrico que tiene lugar en el Hospital Clínico “Lozano Blesa”, cuyo inicio data del año 2003. En primer lugar, hay que definir qué es un hospital de día psiquiátrico, el cual es entendido como un programa de hospitalización externa, diseñado para atender a personas con un trastorno mental grave, llevando a cabo un Plan Terapéutico Individual (PTI) con cada paciente (Blasco, 2009).

El PTI se desarrolla a partir de los objetivos de derivación y de la valoración clínica y social realizada por los profesionales que integran dicho programa: psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermera, auxiliar de clínica, administrativa y trabajadora social. Dentro de estos últimos objetivos estarían el ajustar el diagnóstico y tratamiento inicial. Además, deben existir

expectativas de mejora para conseguir que se reincorporen a su vida diaria con la mayor autonomía personal posible teniendo en cuenta sus capacidades físicas, psíquicas y sociales.

La trabajadora social trata con los pacientes siempre y cuando estos lo requieran o la psiquiatra considere que se debe hablar con ellos sobre algún tema importante para el paciente, como puede ser informar, asesorar y orientar sobre bajas médicas, invalidez, discapacidad, INAEM, actividades de ocio y terapéuticas, así como la realización de una buena planificación al alta según la situación de cada paciente.

Pero en este programa, no sólo se interviene con los pacientes sino también se lleva a cabo una importante intervención familiar a través de entrevistas realizadas por la trabajadora social, lo cual hace que se disponga de mayor información sobre la situación del paciente y su entorno. Además, también se realizan recomendaciones sobre pautas dirigidas al trato con los pacientes y/o para afrontar al proceso de enfermedad de su pariente.

Sin embargo, esta intervención familiar resulta insuficiente, y se considera necesaria una intervención más intensiva con estos. Por ello, con este proyecto se pretende que a través de distintos talleres los familiares de pacientes con un trastorno mental grave, en este caso esquizofrenia y trastorno bipolar, aprendan a conocer más la enfermedad y todo lo que esta conlleva, así como saber cómo afrontarla de cara al paciente y a la sociedad.

En estas intervenciones familiares debe existir una importante coordinación intra y extra hospitalaria, que permita una atención de calidad. La coordinación interna (intrahospitalaria), consistirá en la comunicación con el resto de equipo multidisciplinar a través de reuniones diarias, esto permitirá que la intervención sea integral y consensuada por todos los profesionales que participan en el proyecto.

Por otra parte, la coordinación externa (extrahospitalaria) será la existente entre los profesionales del equipo multidisciplinar con otros recursos sanitarios específicos de salud mental o de otros ámbitos (ocio y tiempo libre

etc.). De esta forma se garantizará una cobertura integral de las necesidades y problemáticas que se puedan presentar durante la enfermedad de su pariente (Ortiz et al., 2010).

Algunos de los recursos extrahospitalarios referentes a salud mental, con los que se va a mantener contacto durante la intervención van a ser los siguientes:

- *“Unidades de salud mental: con programas específicos de atención y seguimiento de personas con TMG.”* (Ortiz et al., 2010; p.17).
- Unidades de rehabilitación comunitaria, en las cuales se llevan a cabo programas de rehabilitación individual activa, con el fin de conseguir una disminución de los aspectos negativos de la enfermedad y fomentar la autonomía personal del paciente dentro de su entorno, a través de reforzar los autocuidados y las habilidades sociales.
- Unidades de rehabilitación hospitalaria, aquellas cuya intervención se dirige a pacientes con síntomas persistentes, pero dificultan la intervención en otros dispositivos y su mantenimiento dentro de la comunidad. Suponen un ingreso prolongado en el tiempo, “para la estabilización clínica, contención y rehabilitación psicosocial, que garanticen la continuidad de cuidados al alta” (Ortiz et al., 2010; p.18).
- Unidades de corta estancia en hospitales generales, estas unidades tienen el fin de atender a los pacientes en momentos de recaída, a través de su hospitalización durante un corto periodo de tiempo y posteriormente serán derivados al dispositivo de referencia en salud mental.
- Servicio de urgencias, dedicado a la atención de pacientes que sufren una crisis en su proceso de enfermedad.

Existen otro tipo de recursos extra- hospitalarios muy importantes, los sociales y comunitarios. Los recursos sociales, son muy importantes para la rehabilitación psiquiátrica y la integración dentro de la comunidad, por tanto existe la necesidad de contacto entre el hospital de día y los servicios sociales para un seguimiento individualizado del paciente.

Por otra parte los recursos comunitarios, son importantes debido a que la comunidad es considerada como un recurso de reinserción, y durante su estancia en el Hospital de Día Psiquiátrico se le va integrando paulatinamente en este. Además, en el caso de las familias también son de mera importancia, pues suponen una continuación del apoyo recibido por parte del Hospital de Día pero dentro de su entorno que les seguirá ayudando en el afrontamiento del proceso de enfermedad de su pariente. También contarán con recursos para el ocio y tiempo libre, que les permitan una adecuada reincorporación en la comunidad tras un posible aislamiento producido para cuidar de su familiar.

Algunos de estos recursos comunitarios son: asociaciones de familiares y enfermos, fundaciones tutelares, clubs psicosociales, y centros sociales, culturales, deportivos, entre otros.

3. Marco Legal

3. MARCO LEGAL

El presente proyecto se va a realizar en base a la legislación vigente tanto general como autonómica, que vela por los derechos y deberes de los pacientes con un Trastorno Mental Grave. A continuación se presentan aquellas leyes que van a dirigir dicho proyecto.

3.1. Legislación General

Dentro de este apartado se pueden destacar dos leyes importantes, la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En la Ley General de Sanidad, se destaca en referencia al tema que se aborda, el artículo 20 en el que habla sobre la integración de actuaciones en materia de salud mental dentro del sistema sanitario general donde las personas que sufren un trastorno mental tienen los mismos derechos que el resto de personas que requieran de dicho servicio.

Además, en este artículo se describen los principios que van a guiar a las Administraciones Sanitarias, y que son los siguientes:

- Las problemáticas de salud mental se atenderán de forma integral dentro de la comunidad a través de recursos asistenciales, sistemas de hospitalización parcial y en el propio domicilio, que fomenten la disminución de posibilidades de hospitalización de larga duración del paciente.
- En el caso que se requiera hospitalización de los pacientes, esta tendrá lugar en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
- Para una intervención integral adecuada en salud mental, se llevarán a cabo servicios de rehabilitación y reinserción social en coordinación con servicios sociales.

- Tanto los servicios especializados como el sistema sanitario general, van a cubrir los aspectos relacionados con la prevención primaria y la atención de a problemáticas psicosociales, manteniendo contacto con los servicios sociales.

Esta ley es completada en referencia a sus principios generales, a través de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Esta otra ley, se caracteriza por reforzar el sentido de la autonomía del paciente, pero realiza mayor hincapié en establecer y ordenar el sistema sanitario destacando la necesidad de humanizarlo.

En definitiva tal y como aparece en su artículo primero, tiene por objeto el regular los derechos y deberes de los pacientes, usuarios y expertos, así como de los diversos centros y servicios sanitarios independientemente de si son públicos o privados, en cuanto a autonomía del paciente, información y documentación clínica.

3.2. Legislación Autonómica

En el periodo comprendido entre 1981- 2002, se produjo la descentralización en materia de salud, asignando competencias de este ámbito a las comunidades autónomas, de ahí que cada una de ella deba tener legislación pertinente que lo regule.

En Aragón se encuentra vigente la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, que hace efectivo el derecho a la atención sanitaria que se establece en la Constitución Española de 1978.

En referencia a la salud mental, esta ley especifica los derechos con los que cuentan aquellas personas que sufren algún tipo de enfermedad mental, son los siguientes:

a) *"En los internamientos voluntarios, cuando se pierda la plenitud de facultades durante el internamiento, el derecho a que la dirección del centro solicite la correspondiente autorización judicial para la continuación del internamiento".¹*

b) Si la hospitalización del paciente fuese involuntario, se deberá realizar revisiones de forma periódica para conocer su situación y la necesidad de continuar con el ingreso.

c) Cuando se trate de menores de edad, deberán ser tratados en centros o unidades infanto-juveniles.

Para la atención en salud mental, Aragón cuenta con una cartera de servicios específica para este territorio. En ella se pueden diferenciar dos grupos de pacientes, los que requieren de atención sanitaria especializada en salud mental (dentro de la Atención Primaria) y los pacientes que requieren de atención en dispositivos especializados en este ámbito como son: equipos de salud mental, unidades de corta-media y larga estancia, unidades de psicogeriatría, monográficas, hospital de día y centros de rehabilitación psicosocial en la comunidad.

¹ Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón

4. Delimitación Geográfica y Temporal del Proyecto

4. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA Y TEMPORAL DEL PROYECTO

Conforme a lo establecido en la Ley 6/2002, de 15 de Abril, de Salud de Aragón y en el Decreto 207/2003, de 22 de Julio por el que se modifica el Mapa Sanitario de Aragón, esta comunidad autónoma queda dividida en ocho sectores sanitarios: Alcañiz, Calatayud, Teruel, Barbastro, Zaragoza I, Zaragoza II, Zaragoza III y Zaragoza III urbano.

La implementación de este proyecto va dirigida a realizarse en el sector Zaragoza III, concretamente en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” complementando al programa “Hospital de Día Psiquiátrico”.

El HCU “Lozano Blesa” consta como Centro de Atención Especializada y Hospital de referencia para aquellos centros de salud rurales y urbanos con los que cuenta dicho sector. Concretamente en este sector constan quince centros de salud rurales: Alagón, Borja, Cariñena, Casetas, Ejea de los Caballeros, Épila, Gallur, Herrera de los Navarros, La Almunia de D^a Godina, María de Huerva, Sádaba, Sos del Rey Católico, Tarazona, Tauste y Utebo (ver Figura 1), y siete centros de salud urbanos: Bombarda, Delicias Norte, Delicias Sur, Miralbueno- Garrapinillos, Oliver, Universitat y Valdefierro (ver Figura 2), por lo que el número de pacientes atendidos es muy amplio, procedentes de distintos lugares.

Concretamente, se llevará a cabo en las instalaciones existentes para el Hospital de Día Psiquiátrico del hospital comentado, situado en la tercera planta perteneciente a la unidad de psiquiatría. Como las diferentes actividades se realizarán por la tarde, no supondrán ningún impedimento para la realización del programa como lo está haciendo hasta el momento.

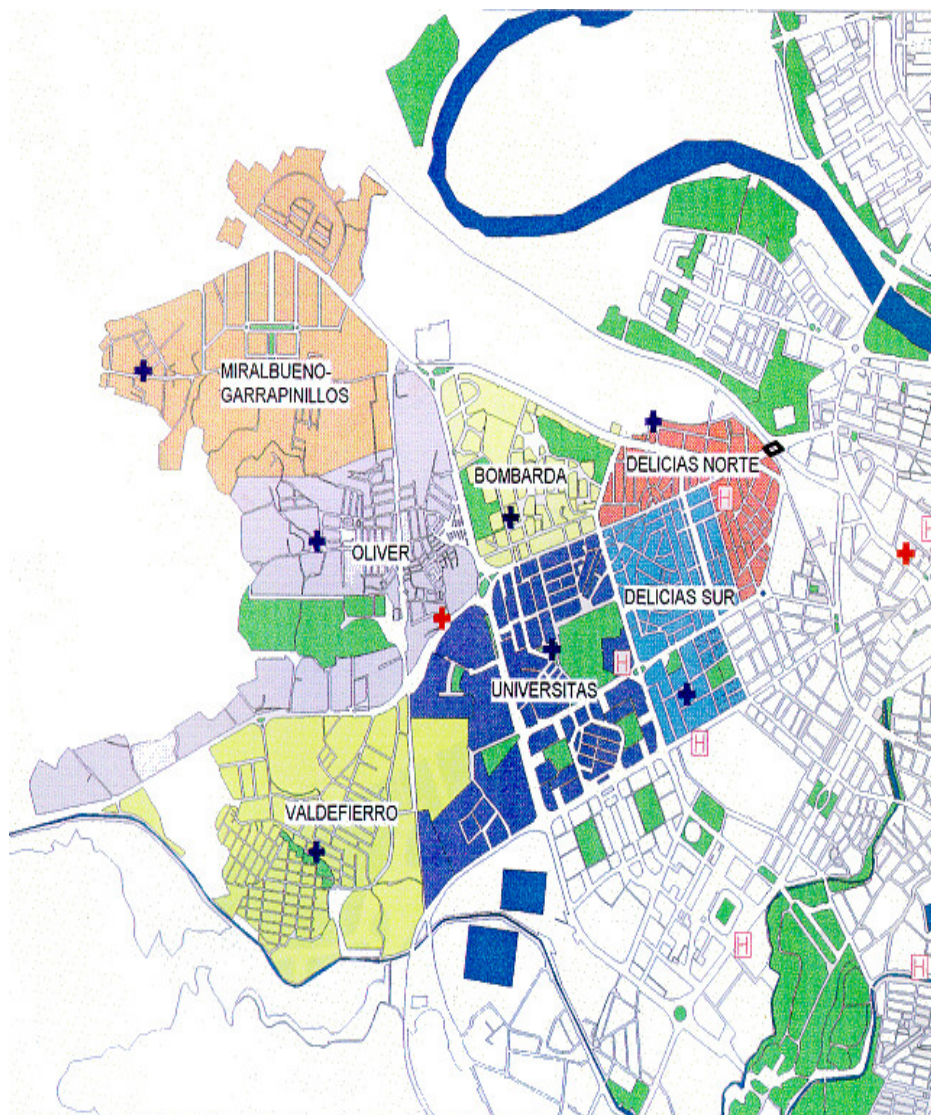
En cuanto a la delimitación temporal del proyecto, al tratarse de un proyecto innovador, tendrá una extensión de Septiembre de 2012 a Diciembre de 2012, es decir cuatro meses. Dentro de este periodo se realizarán todas las actividades diseñadas en el proyecto, y que solo tendrán una serie de

repetición, esta temporalización que da abierta a expansión ante buena acogida y resultados del proyecto.

Figura 1. Disposición geográfica de los centros de salud rurales del sector sanitario Zaragoza III.



Figura 2. Disposición geográfica de los centros de salud urbanos del sector sanitario Zaragoza III.



5.DESARROLLO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

5. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

5.1. Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es fomentar la normalización del trastorno mental grave a través de la intervención familiar mediante grupos con dicha problemática en el área sanitaria Zaragoza III.

Este proyecto de intervención tiene como objetivos específicos:

- a) Fomentar la concienciación de los familiares de personas con un trastorno mental grave en el proceso médico de éste, a través de folletos y carteles divulgativos en los centros de salud del área sanitaria Zaragoza III.
- b) Mejorar la situación familiar de los pacientes con trastorno mental grave a través de actividades con las familias, basadas en la psicoeducación, habilidades sociales y autonomía.
- c) Disminuir los efectos negativos que supone el diagnóstico de trastorno mental grave, a través de actividades individuales con las personas que lo padecen.

Los objetivos operativos de este proyecto son:

- a) Conseguir que participen en la actividad al menos el 50 % de los familiares de los pacientes con los que se está interviniendo.
- b) Comprobar que al menos el 75% de los familiares que participan en las actividades han experimentado cambios positivos en el entorno familiar, desde el comienzo de éstas, a través de un cuestionario en el que se recogen los aspectos más representativos de la evolución del familiar y del propio paciente.

- c) Conseguir que a nivel médico y social al menos el 60% de los pacientes experimenten cambios positivos, según la valoración de los profesionales que participan, mediante una disminución de los síntomas más comunes de la enfermedad. Esta información se obtendrá a través de cuestionarios adaptados a los pacientes.

5.2. Metodología

La metodología utilizada en el presente proyecto va a ser el enfoque sistémico, el cual se va a centrar en el individuo y todo lo que le rodea, como es la familia, el grupo de iguales y la propia comunidad.

Por tanto, se va a realizar un tipo de terapia llamada sistémica, que traspasa la intervención terapéutica de lo individual a pautas colectivas en relación a la interacción interpersonal (Gómez y Zapata, 2000). Esto explicará que cualquier cambio que se produzca en uno de los elementos que componen el sistema del individuo provocará cambios en el resto de los demás componentes.

Un ejemplo de ello, y el cual se va a seguir es el análisis de los casos que centra su intervención en el entorno familiar, en el que se intentará conseguir ciertos cambios positivos en el desarrollo de la enfermedad del paciente. Esta técnica puede ser utilizada también en terapias individuales.

Para ello el modelo de intervención será el de intervención en red, el cual se interpreta también como una de las teorías del modelo de sistemas. El profesional toma un rol secundario, y se centra en aquellas personas que forman la red de apoyo formal del usuario, como puede ser la familia, y refuerza la actuación de ésta en el proceso de ayuda del paciente. De esta forma, se ayuda tanto a las personas que sufren el problema, como a aquella red que le rodea y apoya. Por tanto, el/ la trabajador/a social asume el papel de intermediar.

Las técnicas utilizadas para para el diseño de este proyecto han sido:

- Observación directa: se ha realizado una observación exhaustiva de las intervenciones de la trabajadora social del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", con las familias de pacientes diagnosticados de trastorno mental grave. De esta observación se extrae información útil para el desarrollo de este proyecto.

- Observación participante: a través de la realización de entrevistas a familiares y pacientes en dicho dispositivo, se han detectado de primera mano las necesidades existentes en este colectivo, las cuales han servido de base para la elección del tema de este trabajo y que se utilizarán como guía a la hora de diseñar las actividades previstas del presente proyecto.

5.3. Población beneficiaria

Este proyecto va a contar con dos tipos de beneficiarios, los directos y los indirectos. En cuanto a los beneficiarios directos, van a ser todos aquellos familiares de personas que padecen un trastorno mental grave que realicen las actividades diseñadas en el presente proyecto.

Los beneficiarios indirectos serán los pacientes que participen en el programa de hospital de día, que se espera presenten una evolución positiva tras la implementación del mismo a través de sus familiares.

5.4. Actividades y tareas

Las actividades y tareas que se van a desarrollar en este proyecto se basan en la realización de talleres con los familiares, en los que el objetivo es que éstos conozcan más sobre la enfermedad del paciente, se incremente su esperanza y se atenúe el sentimiento de estar solos frente a este proceso. Se va informar y formar sobre las claves más importantes para el afrontamiento

del trastorno mental grave y se tocarán aspectos de interés que son clave de cara a cuidar mejor al paciente, basándose siempre en la autonomía de éste.

Estos talleres estarán dirigidos a familias que tienen historias similares, en la medida en que todas ellas tienen parientes que padecen un trastorno mental grave dentro de su entorno familiar. La participación en este proyecto les servirá para intercambiar sus experiencias, así como forma de desahogo y aprendizaje de mejores habilidades de manejo de su familiar.

5.4.1. *Talleres de Psicoeducación*

5.4.1.1. *Taller: ¿Qué es la enfermedad?*

En muchas ocasiones, los familiares presentan dificultades para aceptar la enfermedad mental de su pariente, llegando incluso a pensar que puede resultar un problema puntual que no volverá a repetirse. Otros lo asocian a problemas de conducta o propios de la edad del paciente ya que, tanto la esquizofrenia como el trastorno bipolar, suelen aparecer a edades muy tempranas. Todo ello es, sin embargo, resultado de la esperanza por parte de las familias de que su pariente no padezca este tipo de enfermedad, a pesar de que es cuestión de tiempo que la enfermedad sea aceptada y reconocida. (Llovet, 1996).

Para que este reconocimiento y aceptación tengan lugar lo antes posible y de una forma correcta, este primer taller se basará en clases sencillas sobre el significado de la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Este taller consistirá en informar a los familiares sobre los aspectos esenciales de este tipo de trastorno, como son las causas de aparición de la enfermedad, los síntomas de la misma, y las problemáticas asociadas al ámbito personal, familiar, social y laboral. Por tanto, el objetivo de este taller va a ser que la familia alcance los conocimientos necesarios sobre la enfermedad de su paciente, con el fin de que se produzca la toma de conciencia suficiente que suponga un cambio de

pensamiento, y que así puedan ayudar de la mejor forma posible en el proceso médico del paciente.

Este taller tendrá un formato grupal, y se llevará a cabo un día a la semana durante el mes de septiembre del 2012, con una duración de hora y media cada una.

Los profesionales que impartirán este taller van a ser un trabajador social y una enfermera, que se apoyarán en medios tecnológicos como son las presentaciones con diapositivas y películas. Además se distribuirán documentos escritos para leer en casa y poder preguntar dudas en la próxima sesión (ver Tabla 1). Se pretende que al finalizar el taller los familiares puedan comprender mejor la enfermedad de su familiar y tengan la sensación de estar apoyados en dicho aspecto.

Tabla 1. Desarrollo de las sesiones del Taller “¿Qué es la enfermedad?”

Taller: ¿Qué es la enfermedad?		
Semana 1: 04/09/2012	Concepto y Causas de la Enfermedad: Esquizofrenia y Trastorno Bipolar	Profesional: Enfermera
Semana 2: 11/09/2012	Síntomas Biológicos de la Enfermedad: Esquizofrenia y Trastorno Bipolar	Profesional: Enfermera
Semana 3: 18/09/2012	Problemáticas Sociales y Laborales	Profesional: Trabajadora Social
Semana 4: 25/09/2012	Problemáticas con las Familias	Profesional: Trabajadora Social

5.4.1.2. Taller: El tratamiento farmacológico

Otro aspecto importante que se ha de abarcar es el tema del tratamiento farmacológico. Este taller tiene como objetivo que los familiares conozcan los tratamientos que se les recetan a sus familiares, las características de éstos (para qué se utilizan y cuáles son las dosis adecuadas), así como si es necesaria la supervisión de su toma en aquellos casos de peor adherencia al tratamiento o escasa conciencia de enfermedad.

Para la realización de este taller se realizará una presentación mediante diapositivas sobre los tratamientos farmacológicos más empleados en la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Posteriormente las profesionales responderán a las dudas e inquietudes que los familiares puedan tener en referencia a este tema.

Este taller se llevará a cabo en diversas reuniones, que se realizarán un día a la semana, durante dos semanas: la última de septiembre donde se atenderá a los familiares con pacientes que padezcan esquizofrenia, y la primera de octubre, en esta ocasión dirigida a los familiares de pacientes con trastorno bipolar. La duración de ambas sesiones será de dos horas, martes de 17h a 19h, y las profesionales que se encargarán de estas reuniones serán la enfermera y ATS conjuntamente (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Desarrollo del taller “El tratamiento farmacológico”.

Taller: El tratamiento farmacológico		
Semana 5: 02/10/2012	Medicación en la esquizofrenia	Profesionales: Enfermera y ATS
Semana 6: 09/10/2012	Medicación en el trastorno bipolar	Profesionales: Enfermera y ATS

5.4.1.3. Taller: Autocuidados

El trastorno mental grave suele estar sujeto a un deterioro del autocuidado y autonomía del paciente, o lo que es lo mismo, afecta directamente a las actividades de la vida diaria de quienes lo padecen. Por ello, resulta muy importante no sólo que los pacientes sean formados y orientados en este aspecto sino también sus familias, para saber cómo manejar situaciones provocadas en relación a ello. Actualmente sabemos que muchas de las demandas de los familiares se orientan hacia estos aspectos (Sobrino y Rodríguez, 2007). De esta forma, se estará fomentando una mejor calidad de vida, una adecuada convivencia familiar, y se mejorará la autoimagen del paciente.

Cuando se habla de autocuidado se hace referencia a aquellas actividades que se realizan diariamente para el cuidado del paciente como son la higiene, la forma de vestir, la alimentación, el sueño y la salud. En este taller, se hará referencia a tres de ellos que van a tener una gran importancia en el proceso de enfermedad tanto de la esquizofrenia como del trastorno bipolar, en concreto los que hacen mención a la higiene, la alimentación y el sueño.

En cuanto a la *higiene* se formará a los familiares en cómo realizar peticiones de aseo a los pacientes, para que no sean tomadas negativamente por éstos, y puedan ocasionar algún conflicto en el entorno familiar. Cuando la persona que padece un trastorno mental grave desempeñe la petición, los familiares han de reforzar dicho progreso.

Por otra parte, el *sueño* es una cuestión muy importante sobre todo en el trastorno bipolar. Como para cualquier persona e independientemente de su diagnóstico y problemáticas, las horas recomendables de sueño son de entre siete y nueve horas al día, ya que sino puede provocar la aparición otros problemas de salud o el agravamiento del ya existente, acentuando, por ejemplo, la irritabilidad, los problemas de atención y de memoria que pueda tener el paciente. Por ejemplo, en las personas que padecen un trastorno

bipolar, la falta de horas de sueño incrementa las posibilidades de aparición de una fase maníaca (Colom y Vieta, 2007). Por ello, es importante que los familiares estén informados sobre la necesidad de estos pacientes de dormir las horas necesarias. Además, se les comunicarán unas pautas de ayuda para conciliar mejor el sueño que pueden ayudar tanto al paciente como a ellos, y que se indican a continuación:

- Tener una hora fija para irse a dormir y para levantarse al día siguiente.
- Evitar tomar bebidas excitantes, como el té o el café durante las ocho horas previas a irse a dormir.
- Intentar dejar el hábito del tabaco, ya que las personas fumadoras tienden a levantarse antes porque les falta la nicotina.
- No consumir alcohol, pues disminuye el sueño profundo (Colom y Vieta, 2007).
- Practicar técnicas de relajación antes de ir a dormir, como son bañarse, leer, ejercicios de respiración, entre otros.
- No ver la televisión antes de acostarse, o dormirse con ella encendida, ya que no facilita el sueño.

Y por último la *alimentación*, en esta sesión se darán las claves para llevar una dieta equilibrada, variada y rica en nutrientes. También se advertirá sobre las dietas para adelgazar en personas con un trastorno mental grave, que deberán ser impuestas y revisadas por un endocrino, ya que el consumo de productos farmacéuticos y/o homeopáticos está contraindicado sobre todo para las personas que padecen trastorno bipolar.

Este taller se va a dividir en tres sesiones durante el mes de octubre, la sesión de higiene será competencia de la enfermera y la trabajadora social, la de sueño de la terapeuta ocupacional y la sesión sobre alimentación lo

realizará la enfermera también. Cada una de estas sesiones tendrá una duración de dos horas cada una, en el horario de 17h a 19 h (ver Tabla 3).

Tabla 3. Desarrollo sesiones del Taller: “Higiene, Alimentación y Sueño”.

Taller: Autocuidados		
Semana 7: 16/10/2012	Sesión: Higiene	Profesionales: Enfermera y Trabajadora Social
Semana 8: 23/10/2012	Sesión: Sueño	Profesional: Terapeuta Ocupacional
Semana 9: 30/10/2012	Sesión: Alimentación	Profesional: Enfermera

5.4.2. *Taller de “Pautas para mejorar la relación con el paciente”*

Este taller tiene como objetivo dotar de las habilidades necesarias a los familiares para saber cómo comportarse con el paciente. Algunos de los aspectos a desarrollar en este taller van a ser los siguientes: controlar la sobreprotección, disminuir las expectativas y evitar las críticas.

5.4.2.1. *Controlar la sobreprotección*

En muchas ocasiones las familias con algún miembro que padece un trastorno mental grave tienden a sobreprotegerlo. Aunque sea con la intención de ayudar en todo lo posible esto no les beneficia, pues impide que el paciente logre autonomía y que pueda realizar cosas por su cuenta, además de dificultar el desarrollo de sus capacidades, por lo que se estancan y no progresan. Esta sobreprotección influye también negativamente en el proceso de enfermedad, ya que los pacientes se sienten controlados y esto les produce estrés. Los pacientes con un TMG suelen tener la necesidad de estar solos en un lugar privado para aislarse y serenarse, ya que en ocasiones la interacción con otros les estresa y prefieren alejarse (LLovet, 1996).

Por tanto, en este taller se va a suministrar a los familiares, las pautas necesarias para ir dando autonomía progresiva al paciente y fomentando que cada uno tenga un espacio propio para desconectar, a través de un contrato terapéutico entre paciente-familia-equipo profesional.

Para el desarrollo de esta sesión se van a repartir unas viñetas en las cuales mediante un ejemplo, se mostrarán lo que ocurre cuando se produce la sobreprotección. Posteriormente se realizará un debate en el que cada uno de los familiares comentará si se siente identificado con las viñetas y qué soluciones propondría para evitar conflictos debido a esta sobreprotección. Por último, la trabajadora social se encargará de repartir unas fichas en las que aparezcan los límites y pautas a seguir para un buen cuidado del paciente, que explicará uno por uno.

5.4.2.2. *Evitar la estimulación excesiva*

La estimulación excesiva es otro factor causante de estrés en el paciente con TMG y en el entorno del mismo, ya que son muy sensibles a las tensiones que se puedan generar dentro círculo familiar (Llovet, 1996). Este estrés suelen causarlo las continuas críticas y conflictos familiares derivados de

consecuencias de la enfermedad del paciente. Por ello, hay que evitar comportamientos negativos hacia el paciente como son los sermones, cierto rechazo, el resentimiento, la desaprobación y las discusiones, pero también comportamientos positivos como la sobreprotección comentada en el apartado anterior, mostrar demasiado entusiasmo o preocupación o sacrificar aspectos de su vida por cuidar de su pariente, que se tratará más adelante (Gómez y Zapata, 2000).

Por tanto, el objetivo de esta sesión será intentar disminuir los aspectos citados, para evitar un mal desarrollo de la enfermedad y la posibilidad de recaídas, a través de la enseñanza de los límites en sus comportamientos tanto positivos como negativos.

Este taller se llevará a cabo mediante diapositivas, en las cuales se explicará qué es la estimulación excesiva, poniendo ejemplos de situaciones que suelen aparecer, y se darán pautas para manejarlas adecuadamente.

5.4.2.3. Disminuir las expectativas

Además de aceptar la enfermedad, los familiares también deben aceptar las limitaciones de la misma. Por ello, se debe reducir el nivel de exigencia, ya que se puede estresar al paciente y conseguir el efecto contrario, dificultando aún más el proceso de la enfermedad (Llovet, 1996).

En esta sesión, los familiares aprenderán qué aspectos se les puede exigir a los pacientes, como pueden ser: trabajar unas horas, realizar las actividades básicas de la vida diaria (hacer la cama, recoger el cuarto, poner la mesa, etc.), estudiar algunas asignaturas de un curso, carrera etc., todo ello dependiendo de la situación en la que se encuentre cada paciente y de forma progresiva.

El objetivo de esta sesión es que los familiares comprendan que cada paciente tiene sus tiempos, y que se les debe exigir en sintonía con los

misimos, empezando por tareas sencillas para ir ascendiendo progresivamente en dificultad.

Para su desarrollo, los familiares deberán escribir en un papel aquellas cosas que les gustaría que el paciente realizase. Una vez hecho esto, la trabajadora social les ayudará a establecer un orden de prioridades de las actividades que han señalado y el momento adecuado para su realización.

5.4.2.4. Evitar las críticas

Esta sesión tiene como objetivo entrenar a los familiares en la evitación de comentarios negativos hacia los pacientes, ya que esto aumenta el malestar dentro del entorno para ambas partes. Existen ciertas críticas especialmente negativas hacia el paciente por parte de la familia, como es reprocharles que “no hacen nada” o “lo que hacen no está bien”, las cuales hay que evitar para no provocar una descompensación o empeoramiento de la enfermedad (Llovet, 1996).

Por ello, se intentará hacer comprender a los familiares cómo afrontar las situaciones y saber expresar ante el paciente aquello que les moleste, de manera concisa, explicándoles lo que sienten ante ello, y realizando una petición concreta. Ante las conductas positivas del paciente se debe suministrar un refuerzo en forma de comentario positivo, reconociendo los logros de éste, pues esto fomentará la esperanza por parte de la familia y del paciente para que paulatinamente se vaya incrementando el progreso.

El refuerzo podrá ser tanto material como social. El primero consiste en obsequiar al paciente con algún objeto que necesitase o tuviese interés en él, siempre que no sea perjudicial para su enfermedad, y el refuerzo social puede consistir en ir una tarde al cine o hacer una excursión, entre otras actividades que tengan lugar dentro de la comunidad. De esta forma, se conseguirá que disminuyan aquellos estímulos negativos que tanto les agobian como pueden ser ruidos, imágenes, emociones, etc.

El desarrollo de esta última sesión se realizará a través de dibujos que muestren determinadas situaciones de peticiones que los familiares quieren que los pacientes desarrollen. También contarán con unos papeles en los que se mostrarán formas de petición y de refuerzo de las cuales deberán elegir las que para ellos son las más adecuadas. Una vez hayan realizado esta tarea, la trabajadora social les indicará cuál era la opción más correcta con su correspondiente argumentación.

Estas sesiones tendrán lugar un día a la semana durante cuatro semanas, con horario de 17h a 19h, es decir una duración de dos horas cada una (ver Tabla 4).

Tabla 4. Sesiones del Taller “Pautas para mejorar la relación con el paciente”.

Taller: “Pautas para mejorar la relación con el paciente”		
Semana 9: 06/10/2012	Sesión: Controlar la Sobreprotección	Profesional: Trabajadora Social
Semana 10: 13/11/2012	Sesión: Evitar la Estimulación Excesiva	Profesional: Trabajadora Social
Semana 11: 20/11/2012	Sesión: Disminuir las Expectativas	Profesional: Trabajadora Social
Semana 12: 27/11/2012	Sesión: Evitar Críticas	Profesional: Trabajadora Social

5.4.3. *Taller de bienestar del cuidador*

El papel del cuidador es muy importante en cuanto al apoyo que brinda al paciente, pero no menos importante es también su bienestar, ya que estas personas suelen mostrar un alto nivel de estrés y nerviosismo, y suelen sentirse agobiados y deprimidos por causa de la situación del paciente. Además, el cuidador debe a su vez cuidarse para que la enfermedad del paciente no les perjudique y mantengan todas sus capacidades para atender a las personas que padecen el TMG. El objetivo de este taller es, por tanto, entrenar al cuidador a prestar la atención necesaria a su vida personal y a evitar el aislamiento.

Este taller estará dividido en dos sesiones: “Cuide su vida personal” y “La importancia del asociacionismo” (ver Tabla 5).

5.4.3.1. *Cuide su vida personal*

Se establecerá una sesión llamada “Cuide su vida personal”, en las que se les informará a los familiares sobre la importancia de mantener buenos hábitos alimenticios, practicar actividades relajantes, realizar ejercicio físico, etc. que reforzarán a las sesiones de autocuidado impartidas con anterioridad. No deben abandonar sus aficiones y han dedicar un tiempo a ellas, ya que les permitirá abstraerse y conseguir un espacio para ellos mismos en el que se puedan relajar, relacionar y expresar sus problemas y sentimientos a sus amistades (Llovet, 1996).

Esta motivación por salir y relacionarse irá aumentando paulatinamente, dependiendo del momento en el que se encuentre el paciente.

5.4.3.2. *La importancia del asociacionismo*

Un aspecto muy importante a destacar y que servirá de mucha ayuda a los familiares van a ser las asociaciones compuestas por personas en su misma

situación, en las cuales se mostrarán apoyo, orientación, información y solicitud de ayudas de la administración, campañas para sensibilizar al resto de la comunidad, participación en otros programas terapéuticos, entre otras muchas actividades que en ellas se realizan (Llovet, 1996).

Por tanto, el objetivo de esta sesión va a ser dar a conocer la existencia de asociaciones de familiares que les pueden ayudar en el cuidado del paciente y a su propio bienestar durante y una vez terminado este programa como continuación del proceso de rehabilitación y reinserción social.

Para ello, tanto la trabajadora social como la terapeuta ocupacional explicarán en qué consisten este tipo de asociaciones, y les facilitarán el nombre de alguna de ellas para que no pierdan la oportunidad de ponerse en contacto con y ellas y participar.

Algunas de las asociaciones de familiares existentes en Zaragoza en referencia a salud mental son las siguientes:

- ASAPME (Asociación Aragonesa Pro-Salud Mental)
- Asociación de familiares "El Cierzo"
- ATBAR (Asociación de Afectados por Trastorno Bipolar de Aragón)

Ambas sesiones se realizarán de 17h a 18h, en sus respectivos días.

Tabla 5. Sesiones del Taller de bienestar del cuidador.

Taller de bienestar del cuidador		
Semana 13: 04/12/2012	Sesión: Cuide su vida personal	Profesionales: Trabajadora Social y Terapeuta Ocupacional
Semana 14: 11/12/2012	Sesión: La importancia del asociacionismo	Profesionales: Trabajadora Social y Terapeuta Ocupacional

5.4.4. *Mesa redonda: familiares-pacientes*

Este taller está diseñado con el objetivo de que familiares y pacientes puedan negociar y lleguen a acuerdos sobre cómo solucionar adecuadamente los conflictos, que tengan lugar dentro del entorno familiar.

Cuando se habla de negociar se hace referencia a buscar unas soluciones en las que ambas partes (familiares y pacientes) estén conformes, de una forma pacífica y organizada. Como el momento en el que se realiza la “negociación” es importante para que exista un ambiente relajado y con predisposición por ambas partes, se va a facilitar este espacio en el que cada uno dará su opinión, la cual tendrá que ser respetada por el contrario, y conseguir establecer así soluciones sobre temas que propongan, siempre

relacionados con la convivencia en el entorno familiar y con el fin de lograr un buen funcionamiento en éste (Llovet, 1996).

Para el buen funcionamiento de esta mesa redonda y que las normas queden bien definidas, se deberá utilizar un lenguaje claro y preciso, que puedan entender ambas partes. En ocasiones, a los pacientes les cuesta expresarse y/o entender aquellos que se les dice. Por ello, cuando los familiares se comuniquen con ellos deberán mirarles a la cara, utilizar frases de poca extensión y fáciles de comprender, además de tener paciencia cuando los pacientes expongan sus argumentos en el caso de que les cueste comunicarse.

Este taller tendrá lugar el 18/12/2012, con una duración de 1 una hora y media en horario de 17:00 a 19 horas, y será realizado por la trabajadora social y la terapeuta ocupacional.

5.4.5. *Entrevistas individualizadas a familiares*

Durante la duración de todo el proyecto, desde que los familiares acuden al programa hasta que este finaliza, se realizarán entrevistas individualizadas a los familiares de cada paciente, de forma semanal, para conocer la evolución del paciente en el entorno.

Las entrevistas son técnicas que sirven para la recogida de información, que permiten establecer un conocimiento sobre la realidad social del paciente, además de realizar indicaciones sobre pautas terapéuticas recomendables en cada situación. La información a extraer o suministrar en cada entrevista va a depender del momento en el que ésta se realice, es decir, si es la primera entrevista, si es de continuación o bien para finalizar la intervención terapéutica en nuestro proyecto.

Durante la primera entrevista, se deberán recoger aspectos referidos a los siguientes ámbitos:

- Datos del paciente y del familiar: nombre, edad y estado civil.

- Antecedentes: conocer si dentro del entorno familiar existe algún otro pariente que padezca un trastorno mental grave, así como saber desde cuando el paciente con el que tiene relación está diagnosticado de esta enfermedad.
- Situación familiar: recogerá los datos pertinentes a si el paciente vive con el familiar con el que se interviene o con algún otro y la relación que tienen entre ambos.
- Situación económica: del paciente y la familia, saber si tienen problemáticas en este ámbito nos servirá de gran interés para posibles intervenciones.
- Situación formativo-laboral: nivel de estudio y situación laboral actual tanto del paciente como del familiar.
- Otros datos: en este apartado se abarcarán aspectos como son los autocuidados por parte del paciente, síntomas más comunes y conflictos más habituales en el entorno familiar en relación a la enfermedad.

En esta primera entrevista es importante la relación que se establezca con el familiar, ya que la primera impresión va a importar mucho para las posteriores intervenciones tanto en el grupo de familiares, como en otras entrevistas. Por ello, se debe establecer una relación y ambiente de confianza, empatía y respeto.

Por otra parte, en entrevistas sucesivas durante la realización del proyecto, interesará recoger información actualizada sobre la evolución de la situación existente dentro del entorno familiar desde su estancia en el programa. Además se realizarán recomendaciones sobre pautas de comportamiento que facilitarán su participación en el proceso de enfermedad del paciente y una buena convivencia familiar.

Por último, se realizará una entrevista final en la que el trabajador social responderá a dudas del familiar de cara a su andanza en solitario, y se establecerán los últimos apuntes para que lo aprendido y logrado a partir de los talleres se mantenga en el tiempo.

Toda la información obtenida a través de estas intervenciones se verá reflejada en la historia social, que el trabajador social haya abierto al principio de la intervención.

5.4.6. *Reuniones del equipo multidisciplinar*

Cuando se habla del equipo multidisciplinar, se refiere al equipo compuesto por diferentes disciplinas que van a intervenir de manera consensuada, con el fin de lograr unos objetivos comunes. Por tanto, se realizarán reuniones semanales para conocer la perspectiva de todos los profesionales sobre cada caso y la participación de los familiares en los talleres. Estas reuniones aportarán información importante de cara a las entrevistas individuales que el trabajador social realice con las familias, para saber en qué dirección intervenir. Toda esta información que el trabajador social considere relevante deberá recogerla en la historia social.

Estas reuniones se realizarán todos los miércoles de 15h a 16h, durante los cuatro meses que dura el proyecto.

5.5. Cronograma

A continuación se presenta el cronograma del proyecto de intervención, en el que se muestra la temporalización de las actividades y tareas diseñadas (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Cronograma del proyecto de intervención.

Actividades/Tareas	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
1. Talleres de Psicoeducación				
1.1. ¿Qué es la enfermedad?				
1.2. El tratamiento farmacológico				
2. Taller de Autocuidados				
2.1. Higiene				
2.2. Sueño				
2.3. Alimentación				
3. Taller de pautas para mejorar la relación con el paciente				
3.1. Sobreprotección				
3.2. Evitar la estimulación excesiva				
3.3. Disminuir las expectativas				
3.4. Evitar las críticas				
4. Taller de bienestar del cuidador				
4.2. Cuide su vida personal				

Tabla 6. Cronograma del proyecto de intervención (continuación).

Actividades/Tareas	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
4.3. Importancia del Asociacionismo				
5. Mesa redonda: familiares-pacientes				
6. Entrevistas individualizadas a familiares				
7. Reuniones del Equipo Multidisciplinar				

5.6. Recursos, presupuesto y financiación

5.6.1. Recursos

Para la implementación del proyecto van a ser necesarios una serie de recursos materiales, humanos y económicos. De todos ellos se realiza a continuación un desglose en el que se especifica su contenido, para posteriormente realizar un presupuesto ajustado y realista a las necesidades de este proyecto (ver Tabla 7).

5.6.1.1. Recursos materiales

En este apartado se van a mostrar tanto los materiales necesarios para la realización de las actividades diseñadas en el proyecto, como aquellos específicos para la realización de la actividad profesional de la trabajadora social, enfermera y terapeuta ocupacional.

a) Recursos para las actividades:

- Sala con una capacidad de 20 a 30 personas.

- Material fungible: bolígrafos, folios...
- Proyector con pantalla.
- Televisión.
- DVD.
- CD´s de documentales específicos de las enfermedades a tratar.

b) Recursos para los profesionales:

- Despachos.
- Material Fungible: cartuchos de tinta para la impresora, bolígrafos, folios, grapadora, grapas, dietario...
- Ordenador.
- Impresora.

5.6.1.2. Recursos humanos

Este apartado engloba a aquellos profesionales que van a participar durante la implementación del proyecto realizando los talleres diseñados en éste, y aquellos profesionales que componen la plantilla del Hospital de Día Psiquiátrico con los que se estará en coordinación en cada momento a través de las reuniones diarias del equipo multidisciplinar, ya que será una forma de tener más información sobre el paciente y su entorno familiar.

- 2 Trabajadoras Sociales.
- 2 Terapeutas ocupacionales.
- 2 Enfermeras.
- 1 Psicólogo.
- 1 Psiquiatra.
- 1 ATS.
- 1 Administrativo a tiempo parcial.

5.6.1.3. Recursos económicos

Este apartado va a recoger los salarios correspondientes a los profesionales que van a participar en el proyecto, teniendo en cuenta tiempo-dinero.

- Salario Trabajadora social: 10 euros/hora durante cuatro meses, teniendo en cuenta que realiza ocho horas diarias.
- Salario Terapeuta ocupacional: 8 euros/hora, teniendo en cuenta que realizará 20 horas durante todo el proyecto.
- Salario Enfermera: 8 euros/hora, el total de horas realizadas por esta profesional van a ser de 25 horas.
- Salario ATS: 8 euros/hora, sabiendo que realizará 18 horas en la duración del proyecto.
- Salario Administrativa a tiempo parcial: 8 euros/hora, realizando cuatro horas diarias (5 días a la semana) durante todo el proyecto.

Tabla 7. División de recursos en materiales, humanos y económicos.

Recursos Materiales	Recursos para las actividades: <ul style="list-style-type: none">- Sala con una capacidad de 20 a 30 personas.- Material fungible: bolígrafos, folios...- Proyector con pantalla.- Televisión.- DVD.- CD´s de documentales específicos de las enfermedades a tratar.
	Recursos para los profesionales. <ul style="list-style-type: none">- Despachos.- Material Fungible: cartuchos de tinta para la impresora, bolígrafos, folios, grapadora, grapas, dietario...- Ordenador.- Impresora.

Tabla 7. División de recursos en materiales, humanos y económicos (continuación).

Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Trabajadoras Sociales. - 2 Terapeutas ocupacionales. - 2 Enfermeras. - 1 Psicólogo. - 1 Psiquiatra. - 1 ATS. - 2 Administrativo a tiempo parcial.
Recursos Económicos	<ul style="list-style-type: none"> - Salario Trabajadora social: 10 euros/hora durante cuatro meses, teniendo en cuenta que realiza ocho horas diarias. - Salario Terapeuta ocupacional: 8 euros/hora durante cuatro meses, teniendo en cuenta que realizará 20 horas. - Salario Enfermera: 8 euros/hora durante cuatro meses, el total de horas realizadas por esta profesional van a ser de 25 horas. - Salario ATS: 8 euros/hora, sabiendo que realizará 18 horas en la duración del proyecto. - Salario Administrativa a tiempo parcial: 8 euros/hora, realizando cuatro horas diarias (5 días a la semana) durante todo el proyecto.

Todos estos recursos se pueden dividir en dos tipos: específicos y asignados. Los recursos asignados van a ser aquellos de los que dispone ya el hospital y que se van a utilizar para el desarrollo del proyecto. En cambio, los recursos específicos son aquellos de los que se requiere de forma específica para la realización del proyecto.

A continuación se muestra una tabla en la que se muestra el reparto de esta división de los recursos (Ver Tabla 8).

Tabla 8. División de recursos asignados y recursos específicos.

Recursos	Asignados	Específicos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Sala con una capacidad de 20 a 30 personas. - Proyector con pantalla - Televisión - DVD - Ordenador - Impresora - Despachos 	<ul style="list-style-type: none"> - Material Fungible - CD´s documentales específicos
Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Trabajadora Social. - Terapeutas ocupacionales - Enfermeras 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Trabajadora Social. - 1 Terapeuta ocupacional. - 1 Enfermera.
Económicos	Salarios de : <ul style="list-style-type: none"> - 1 Trabajadora Social. - 1 Terapeuta ocupacional - 1 Enfermera - 1 Psicólogo. - 1 Psiquiatra. - 1 ATS. - 1 Administrativo a tiempo parcial. 	Salarios de: <ul style="list-style-type: none"> - 1 Trabajadora Social. - 1 Terapeuta ocupacional. - 1 Enfermera.

5.6.2. Presupuesto

A continuación se muestra el presupuesto del proyecto, en el cual se van a desglosar los diferentes recursos en cantidad y coste, para conocer la partida total de dinero que supone la implementación de este proyecto (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Desglose del presupuesto del proyecto.

Recursos	Cantidad	Coste
Recursos Materiales		
1. Material Fungible		
1.1. Bolígrafos	30 Bolígrafos/mes $30 \times 4 = 120$	$120 \times 0,15\text{€} = 18\text{€}$
1.2. Paquetes de Folios (500)	1 paquete/mes = 4	$4 \times 3,50\text{€} = 14\text{€}$
1.3. Cartuchos tinta (negra)	1 cartucho/mes = 4	$4 \times 18\text{€} = 72\text{€}$
1.4. Dietario	1	5 €
1.1. Grapadora	1	10 €
Grapas (paquetes)	1 paquete/mes	0.60 €
DVD´s vírgenes	1 pack (15 unidades)	15 €

Tabla 9. Desglose del presupuesto del proyecto (continuación).

Recursos Humanos		
Trabajadora Social	8 horas/día 8 X 20 = 160 horas/mes	160 X 10€ = 1600€/mes 1600€ X 4 = 6400€
Enfermera	25 horas	25 horas X 8 € = 200 €
Terapeuta Ocupacional	20 horas	20 horas X 8€ = 160 €
ATS	6 horas	6 horas X 8 € = 48€
Administrativa	4 horas/día, durante 20 días al mes. 4 X 20 = 80 horas/mes	80 X 8 € = 640€/mes 640€ X 4 = 2560€
COSTE TOTAL: 9502,60€		

5.6.3. Financiación

El Proyecto va estar financiado exclusivamente por el SALUD (Servicio Aragonés de Salud).

5.7. Evaluación de los resultados

Un aspecto importante a tener en cuenta es la evaluación del proyecto, ya que será de gran utilidad para establecer un control de los logros y deficiencias del mismo. De esta forma, se podrán fijar actuaciones de mejora durante su desarrollo o bien una vez esté terminado para la realización de proyectos posteriores de temática similar.

Este proyecto se va a evaluar en tres momentos diferentes: al inicio, durante el mismo y al finalizar éste.

- Al inicio del proyecto: el primer día que se produzca la reunión con los familiares se les suministrará un cuestionario con preguntas referentes al paciente y a la situación en el entorno familiar en relación a los efectos que puede tener el trastorno mental grave en su hogar(ver Fichas 1 y 2).
- Durante el proyecto: cuando haya transcurrido la mitad del proyecto, y los familiares ya hayan aprendido aspectos importantes sobre el trastorno mental grave y el manejo de este, se volverá a pasar el cuestionario inicial, para comparar y valorar los cambios que se han conseguido en el propio paciente y en el entorno familiar.
- Al finalizar el proyecto: el último día se realizará de nuevo el cuestionario anteriormente comentado, para conocer los últimos progresos y regresiones que se hayan producido, de esta forma se facilitará información para realizar una última entrevista con valoraciones y pautas recomendables desde ese momento en adelante.

Ficha 1. Cuestionario de Evaluación en la Esquizofrenia.

1. Datos de Identificación del Familiar

- Nombre:
- Edad:
- Parentesco:
- Estado Civil:

2. Sobre el Familiar:

- Síntomas (Señalar con una X):
 - ☐ Cansancio
 - ☐ Estrés
 - ☐ Angustia
 - ☐ Resentimiento
 - ☐ Rechazo
 - ☐ Irritabilidad
 - ☐ Descuida su vida personal
- ¿Tiene conflictos con el paciente dentro del hogar?
- ¿Cuánto tiempo pasa con él?
- ¿En qué aspectos requiere de su ayuda?

3. Sobre el paciente:

- Trastorno Mental Grave:
- Síntomas (señalar con una X):
 - ☐ Ideas delirantes
 - ☐ Alucinaciones
 - ☐ Lenguaje Desorganizado
 - ☐ Comportamiento Desorganizado
 - ☐ Poca expresión emocional
 - ☐ Abulia (falta de iniciativa)
 - ☐ Alogia (lenguaje pobre en palabras)

- ¿Tiene conflictos con el paciente dentro del hogar?
 - ☐ Muchos ☐ Alguna vez ☐ Nunca
- Motivos de los conflictos:
- ¿Cuánto tiempo pasa con él?
 - ☐ Mucho ☐ Alguna vez ☐ Nunca
- ¿En qué aspectos requiere de su ayuda?
- ¿Mantiene autocuidados? (Higiene, sueño, alimentación...)
- ¿Tiene conciencia de enfermedad?
- ¿Se responsabiliza de su tratamiento?

4. Otros datos:

Ficha 2. Cuestionario de Evaluación en la Trastorno Bipolar.

1. Datos de Identificación del Familiar

- Nombre:
- Edad:
- Parentesco:
- Estado Civil:

2. Sobre el Familiar:

- Síntomas (Señalar con una X):
 - ☐ Cansancio
 - ☐ Estrés
 - ☐ Angustia
 - ☐ Resentimiento
 - ☐ Rechazo
 - ☐ Irritabilidad
 - ☐ Descuida su vida personal
- ¿Tiene conflictos con el paciente dentro del hogar?
 - ☐ Muchos
 - ☐ Alguna vez
 - ☐ Nunca
- Motivos de los conflictos:
- ¿Cuánto tiempo pasa con él?
 - ☐ Mucho
 - ☐ Alguna vez
 - ☐ Nunca
- ¿En qué aspectos requiere de su ayuda?

3. Sobre el paciente:

- Trastorno Mental Grave:
- Síntomas (señalar con una X):
 - ☐ Duerme poco
 - ☐ Duerme en exceso
 - ☐ Mayor grado de actividad

- ☐ Irritabilidad
 - ☐ Gasto Excesivo
 - ☐ Baja autoestima
 - ☐ Pesimismo
 - ☐ Inactividad
 - ☐ Ninguna de las anteriores
-
- ¿Mantiene autocuidados? (Higiene, sueño, alimentación...)
 - ¿Tiene conciencia de enfermedad?
 - ¿Se responsabiliza de su tratamiento?
 - Mantiene autocuidados? (Higiene, sueño, alimentación...)
 - Otros datos:

6. Conclusiones

6. CONCLUSIONES

- A. El Trastorno Mental Grave (TMG) es el término que se utiliza actualmente para nombrar a aquellas enfermedades mentales crónicas de cierta gravedad que conllevan una sintomatología y cierta disfunción social afectando a varias áreas de la vida de quienes las padecen, como son la social, la laboral y la familiar. Los familiares a su vez van a verse afectados por el cuidado del paciente.
- B. Existe la necesidad de que los familiares de pacientes que padecen un TMG cuenten con el apoyo y ayuda que requieran, a través de equipo multidisciplinares en los que varios profesionales se aúnen para realizar una intervención consensuada para la consecución de un objetivo común.
- C. El proyecto tiene como finalidad intentar conseguir una normalización del TMG, comenzando por las personas más allegadas a los pacientes que lo padecen como son los familiares, para romper el estigma social existente sobre este sector de la población.
- D. Este proyecto va a contribuir a la existencia de una mayor información sobre estos trastornos, en la medida en que esquizofrenia y trastorno bipolar constituyen dos entidades diagnósticas claramente diferenciadas.
- E. Desde esta iniciativa se pretende contribuir a la mejora de la rehabilitación social del paciente, interviniendo a través de su entorno familiar, ya que existen muchos aspectos de éste que pueden influir en el proceso de enfermedad y pueden contribuir a un mejor progreso de la misma.
- F. Se pretende desarrollar una intervención integral por parte de un equipo multidisciplinar constituido por diversos profesionales especializados en salud mental, y entre los que exista una buena coordinación, para conseguir la rehabilitación y reinserción social tanto de las familias como

del paciente en consecuencia. Para ello se suministrará información relevante y estrategias y recursos de intervención adecuados a las necesidades y problemáticas individuales (ej., pautas para mejorar la relación entre familiares y pacientes).

- G. Se realizará una evaluación de los resultados en tres momentos diferentes. El inicio para detectar las problemáticas existentes en cada entorno familiar en relación a la enfermedad del paciente; una segunda evaluación a mitad del proyecto, para evaluar los progresos o regresiones existentes; y una última evaluación al final del mismo, que servirá para conocer los logros obtenidos a través de la ejecución del proyecto y que sirva como orientación para las últimas recomendaciones a los familiares.
- H. Este proyecto va a servir para reforzar aquellos proyectos o servicios existentes para este sector de la población, en los que la familia tiene intervención y mostrar la importancia de ésta en el proceso de enfermedad del paciente. Además, contribuirá a la existencia de una mayor información sobre estos trastornos para una menor estigmatización de estos en el entorno comunitario, velando por su normalización.

7. Glosario

7. GLOSARIO

Alucinaciones verbales: Percepciones irreales que el sujeto percibe como voces.

Anamnesis: Documento que se adjunta al examen médico, donde se recogen datos personales y en relación al entorno del paciente, como es el familiar, anteriores a la patología que padezca en la actualidad. Es decir, consiste en recoger antecedentes médicos y sociales del paciente.

Angustia: Aquel temor o miedo a cosas desconocidas, que no han sucedido todavía, a enloquecer o perder el control sobre sus actos de forma inesperada.

Anhedonia: Problema para encontrarse adecuadamente o a gusto.

Ansiedad: Sensación de miedo e inquietud.

Anticolinérgicos: Tratamiento farmacológico que actúan sobre los efectos extrapiramidales causados por los neurolepticos, se utilizan mayoritariamente en la esquizofrenia.

Antidepresivos: Tratamiento farmacológico que actúa directamente sobre la angustia y la ansiedad.

Autismo: Enfermedad que conlleva el aislamiento social de la persona que lo padece.

Bloqueo del Pensamiento: Cuando se produce una interrupción del pensamiento, es decir, el sujeto pierde la capacidad de pensar momentáneamente.

Ciclotimia: Trastorno que se caracteriza por la presencia constante de inestabilidad emocional, combinando continuados episodios depresivos y de

euforia leves. El inicio de la ciclotimia suele tener lugar en la edad adulta teniendo una evolución que persiste en el tiempo, aunque existan periodos de estabilidad.

Confusión de Conciencia: Estado en el que se produce una alteración de la conciencia, caracterizado por confusión entre realidad y recuerdos, así como con deseos, fantasías entre otros. Va acompañada de desorientación por parte del paciente.

Despersonalización: Cuando se pierde la capacidad por parte del paciente para identificarse como la persona que era antes de la enfermedad.

Efectos Extrapiramidales: Posibles efectos que pueden ser causados por la toma de neurolépticos, suelen manifestarse en forma de temblores o rigidez corporal.

Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos: Episodio que cursa con angustia o alteración por parte del paciente, a excepción de que tenga un retraimiento muy fuerte. Cuando se trata de un caso de gravedad aparecerán síntomas como una baja autoestima, culpabilidad, ideación autolítica grave, de carácter somático.

Equipo Multidisciplinar: Conjunto de profesionales de diferentes disciplinas, que trabajan en coordinación y de forma consensuada para la consecución de unos objetivos comunes.

Ideación autolítica: Pensamientos sobre el suicidio que están presentes en el paciente, se suelen dar sobre todo en trastornos afectivos.

Ilusión: Percepción irreal de las cosas.

Negativismo: No aceptar propuestas de los demás.

Patología: Conjunto de síntomas relacionados con una enfermedad específica.

Percepciones delirantes: El paciente atribuye un significado a acciones normales como puede ser toser, con connotación negativa hacia él.

Psicosis: Trastornos mentales que se caracterizan por la aparición de alucinaciones, ideas delirantes entre otros síntomas, la esquizofrenia pertenece a este grupo de trastornos.

Psicosis no orgánica sin especificar: Trastornos episódicos en los cuales tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros.

Susplicacia: Desconfianza, recelo sobre los actos y palabras de los demás, por parte del paciente.

Trastorno Depresivo Recurrente: Trastorno caracterizado por la presencia de episodios depresivos por la aparición de episodios depresivos frecuentes, con posibles rasgos del episodio depresivo leve, moderado o grave, pero con ausencia de episodios de euforia, aunque con posibilidad de presencia de estos de una forma ligera en algún momento del proceso a posteriori de uno depresivo.

Trastorno del Humor: Trastorno caracterizado por tener el ánimo bajo y una considerable disminución de la actividad. En él tienen presencia otros síntomas característicos de los episodios depresivos. Mantiene relación con una perturbación cerebral o de carácter somático.

También presenta episodios de euforia, sin poderse clasificar como manía.

Trastorno Esquizoafectivo: Trastorno que combina síntomas afectivos y esquizofrénicos durante el mismo periodo de tiempo o llevándose pocos días entre unos y otros.

Trastorno Esquizotípico: aquel que se caracteriza por suponer una conducta excéntrica e incoherencias en el pensamiento y en el estado de ánimo. Guarda cierta semejanza con la esquizofrenia, aunque no compartan muchos de sus síntomas. En el proceso de esta enfermedad crónica con variaciones en su intensidad, pueden aparecer los siguientes aspectos:

- a) Afectividad nula que puede entremezclarse con anhedonia.
- b) El sujeto muestra un comportamiento y aspecto raro.
- c) Disminución de las redes de apoyo, con tendencia al aislamiento.
- d) Presencia de ideas autorreferenciales y fantasías.
- e) Muestra suspicacia.
- f) Pensamientos obsesivos en relación a determinados temas como puede ser el sexo.
- g) Sensación de despersonalización o no estar dentro de la realidad, además de ilusiones relacionadas con el físico.
- h) Pensamiento y lenguaje ambiguos, que pese de estar muy elaborados les falta coherencia.
- i) Episodios con alucinaciones tanto visuales como auditivas, que aparecen sin ningún tipo de estímulo.

Trastorno por ideas delirantes persistentes: caracterizado por la presencia de ideas delirantes durante un periodo de tiempo prolongado, que no son orgánicas ni corresponden a las relacionadas con la esquizofrenia o trastornos de carácter afectivo.

8. Bibliografía Y Webgrafía

8. BIBLIOGRAFÍA y WEBGRAFÍA

8.1. Bibliografía

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 4th ed., revised text. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast.: Barcelona, Masson, 2002).

Anderson, C. M. (1998). *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.

Barrera, E. (2005). *Metodología del Trabajo Social*. Sevilla: Aconcagua libros.

Becerra, R. M. y Kennel, B. L. (2008). *Elementos Básicos para el Trabajo Social en Salud Mental*. Buenos Aires: Espacio.

Blasco, M. C. (2009). Hospital de día psiquiátrico. Seguimiento de los pacientes al alta hospitalaria en el año 2008. *Trabajo Social y Salud*, 64, 95-130.

Colom, F. y Vieta, E. (2007). *El trastorno bipolar, superando Los altibajos del ánimo: una guía para profesionales, familias y pacientes*. Barcelona: Morales i Torres.

Custo, E. (2008). *Salud mental y ciudadanía: una perspectiva desde el trabajo social*. Buenos Aires: Espacio.

Dixon, L. B. y Lehman, A. F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 631-643.

Gisbert, C. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Glynn, S. M., Cohen, A. M., Dixon, L. B. y Niv, N. (2006). The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: opportunities and obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 451- 463.

- Gómez, C. y Zapata, R. (2000). *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. Navarra: Ediciones Eunate.
- Llovet, J. M. (1996). ¿Cómo solucionar los problemas prácticos que plantea la esquizofrenia? En A. Seva (Ed.), *La esquizofrenia: los pacientes esquizofrénicos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social* (pp.53-71). Caja de Ahorros de la Inmaculada de Aragón.
- Muela, J. A. y Godoy, J. F. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 1- 6.
- Organización Panamericana de la Salud (1983). *Dimensiones sociales de la salud mental*. México.
- Ortiz, A., Alonso, I. y Ubis, A. (2010). *Trastorno mental grave de larga evolución*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Rebolledo, S. y Lobato, M. J. (1994). *Cómo afrontar la esquizofrenia: Guía para las familias*. Madrid: Asociación Psiquiatría y Vida.
- Sala, J. M. (1996). Lo que hay que saber sobre los medicamentos y su utilización. En A. Seva (Ed.), *La esquizofrenia: los pacientes esquizofrénicos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social* (pp.83-88). Caja de Ahorros de la Inmaculada de Aragón.
- Seva, A. (Ed.). (1996). *La esquizofrenia: los pacientes esquizofrénicos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social*. Caja de Ahorros de la Inmaculada de Aragón.
- Sharma, S. (2004). Rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico crónico: el papel de la familia. *Rehabilitación Psicosocial*, 1, 34-37.
- Sobrino, T. y Rodríguez, A. (2007). *Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas*. Madrid: Síntesis.

Strachan, A. M. (1986). Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: toward protection and coping. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 678-698.

Vallina, O. y Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12, 671-681.

Vieta, E. y Colom, F. (2003). *Convivir con el trastorno bipolar*. Madrid: Editorial Médica Panamericana D.L.

8.2. Webgrafía

Web del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa:
<http://www.hcuz.es/web/guest>

Web de la Dirección de Atención Primaria del Sector Sanitario Zaragoza III del Servicio Aragonés de Salud: www.areatres.org

Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad en:
http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I14-1986.html

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en:
http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I41-2002.html

Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón. En:
<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/AtencionUsuario/OfertaServicios/CARTERA+SALUD+MENTAL.PDF>

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Disposición geográfica de los centros de salud rurales del sector sanitario Zaragoza III.....	48
Figura 2. Disposición geográfica de los centros de salud urbanos del sector sanitario Zaragoza III.....	49
Tabla 1. Desarrollo de las sesiones del Taller “¿Qué es la enfermedad?”.....	57
Tabla 2. Desarrollo del taller “El tratamiento farmacológico”.....	58
Tabla 3. Desarrollo sesiones del Taller: “Higiene, Alimentación y Sueño”.....	61
Tabla 4. Sesiones del Taller “Pautas para mejorar la relación con el paciente”.....	65
Tabla 5. Sesiones del Taller de bienestar del cuidador.....	68
Tabla 6. Cronograma del proyecto de intervención.....	72
Tabla 7. División de recursos en materiales, humanos y económicos.	75
Tabla 8. División de recursos asignados y recursos específicos.....	77
Tabla 9. Desglose del presupuesto del proyecto.....	78
Ficha 1. Cuestionario de Evaluación en la Esquizofrenia.....	81
Ficha 2. Cuestionario de Evaluación en el Trastorno Bipolar.....	83